

LE PROSPETTIVE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Domenico MARTELLI

Germano CALLIGARO

PROBLEMI DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI E NAZIONALI

La politica sanitaria attuata negli ultimi decenni dalla Regione Piemonte, anche a prescindere dal tipo di giunta in carica, ha generato un grave depotenziamento del sistema pubblico. I nodi cruciali sono stati:

- l'ingente taglio dei posti letto ospedalieri;
- il prolungato blocco del *turnover* degli operatori sanitari;
- la mancanza di una politica dei servizi territoriali adeguata, capace di integrarsi con la rete ospedaliera;
- l'assenza di un piano credibile ed efficace per la continuità assistenziale e per la gestione della cronicità;
- l'incapacità di risolvere il problema delle lunghissime liste d'attesa per visite specialistiche, esami, ricoveri e interventi chirurgici, divenuto indifferibile dopo la pandemia.

Questo va ad aggiungersi alla responsabilità dei governi via via succedutisi negli ultimi decenni per:

1) aver destinato alla sanità pubblica risorse inadeguate, sia per gli investimenti strutturali e tecnologici, sia per il funzionamento dei servizi sanitari: spendendo, complessivamente, una quota del PIL ben inferiore a quella dei Paesi europei più avanzati;

2) aver mantenuto il numero chiuso alle facoltà di Medicina in tutto il territorio nazionale: significativo è che i medici over 55 in Italia siano il 56%, contro il 34% degli altri Paesi. Questa è stata una delle cause del progressivo depauperamento del patrimonio medico avutosi nel SSN, aggravato anche:

a) dall'insufficiente numero di borse di studio per la specialistica, assolutamente inadeguato a garantire una efficiente copertura dei ruoli, anche in virtù del fatto che nel Servizio pubblico si assume solo personale medico provvisto di specialità;

b) dall'inadeguato sistema di gestione del personale medico dell'emergenza, che porta a sguarnire il reparto del Pronto Soccorso con conseguenze disastrose per i cittadini;

c) dal ridotto ingresso di studenti a Scienze Infermieristiche e la conseguente carenza cronica, a livello nazionale, di infermieri professionali;

d) dal sempre più ridotto numero di Personale amministrativo: la qualcosa comporta l'incremento del lavoro burocratico a carico dei dipendenti ospedalieri addetti all'assistenza, rendendo le nostre strutture sanitarie assolutamente carenti dal punto di vista delle risorse umane;

3) aver mantenuto una politica retributiva che mortifica e umilia gli operatori sanitari;

4) aver riformato a statuto federativo le Regioni, creando 20 sistemi sanitari differenti con conseguente incremento delle esistenti diseguaglianze tra regioni ricche e regioni povere: a suddetta Riforma si vorrebbe ora, addirittura, aggiungere l'autonomia "differenziata" delle Regioni, che andrebbe ad intaccare la coesione e l'unità stessa del Paese.

La conseguenza più rilevante di tutte queste inefficienze è stato l'impetuoso incremento avutosi della sanità privata, la quale ha causato:

- l'aumento della quota che i cittadini spendono di tasca propria per le cure e la salute (il 24% della spesa complessiva, pari ad oltre 40 miliardi di euro);
- la sperequazione nei compensi tra medici, perché – come conseguenza delle carenze di personale – essi vengono integrati con liberi professionisti, i quali godono di un trattamento economico che è spesso il triplo di quello previsto per i medici ospedalieri e con una tassazione ridotta di oltre due terzi (partita IVA).
- il dilagare di cooperative private, cui viene affidata direttamente l'assistenza sanitaria senza nemmeno un adeguato suo controllo;
- il differente livello qualitativo offerto dalle varie strutture sanitarie private e dalle cooperative sopraindicate, come viene confermato da recenti affidabili studi: Benjamin Goodair sulla rivista scientifica *Lancet* (vol.7, issue 7, July 2022, pag. E638-E646), in un lavoro di revisione sugli effetti delle politiche di *outsourcing* in Gran Bretagna, sottolinea come l'esternalizzazione al settore privato corrisponde a «un aumento significativo dei tassi di mortalità curabile, potenzialmente come risultato di un calo della qualità dei servizi sanitari».

Occorre aggiungere che le visite mediche private negli ultimi anni si sono incrementate in modo esponenziale all'interno di un SSN depotenziato: visite mediche quasi interamente in convenzione e, quindi, a carico della comunità, ma che offrono, proprio nei servizi più costosi, un livello qualitativamente inferiore rispetto a quello solitamente offerto dal Servizio pubblico. A titolo esemplificativo basterà ricordare che si sta proponendo la regolarizzazione delle strutture private con letti per acuti, non dotate di Pronto Soccorso e, sovente, nemmeno di Reparto di Rianimazione. Si va così profilando:

- la chiara insufficienza del SSN
- la crescente acquisizione, da parte del privato, di un ruolo sempre più forte nel Sistema pubblico. Ruolo che in un prossimo futuro potrebbe divenire determinante quanto dominante, consentendogli di dettare regole e condizioni nel campo della Salute.

Questo continuo e progressivo depauperamento del sistema sanitario pubblico ha portato alla messa in discussione dei suoi pilastri fondamentali: universalità, eguaglianza, equità e accessibilità. Riaffermare, oggi, il pieno diritto dei cittadini alla tutela della salute, significa impegnarsi in una battaglia per rinnovare fin dalle fondamenta la Sanità Pubblica e poterla così rilanciare sul piano nazionale.

CONSIDERAZIONI E PUNTI CRUCIALI

È doveroso asserire che, nonostante i problemi e le carenze che andiamo esponendo, il Servizio Sanitario Nazionale ha saputo affrontare con solerzia ed efficacia la seria pandemia ancora in corso, in virtù, soprattutto, del gravoso impegno e della abnegazione dei suoi operatori. Ciò nondimeno, le difficoltà strutturali e funzionali del Servizio, in gran parte preesistenti, si sono aggravate. La situazione venutasi a creare ha in tal modo radicalmente mutato l'intero quadro sanitario nazionale.

A. In primo luogo, la pandemia ha ulteriormente evidenziato la debolezza cronica della prima linea, rappresentata dalla rete dei servizi sanitari territoriali, i quali, travolti dall'ondata anomala creatasi, non hanno saputo e potuto, di fatto, svolgere adeguatamente la loro funzione sanitaria. È venuta, in tal modo, anche a mancare la loro azione di filtro e di contenimento dei bisogni sanitari dei cittadini.

La conferma dell'importante funzione che avrebbero potuto e dovuto sostenere i servizi territoriali, si è avuta in negativo considerando i risultati drammatici che ha conseguito la Regione Lombardia, la quale aveva incentrato la sua politica sanitaria regionale quasi esclusivamente sulla rete ospedaliera, sia pubblica sia privata, trascurando in toto la rete dei servizi territoriali.

A ben vedere, anche prima dell'evento pandemico, il ricorso eccessivo ed improprio dei cittadini ai Pronto Soccorso avrebbe potuto segnalare a chi di competenza i problemi di carenza della medicina di base e lo scoordinamento esistente tra i servizi sul territorio e, comunque, una già scarsa propensione dei cittadini a utilizzarli. La pandemia, quindi, oltre a far emergere la cronica debolezza della prima linea, ha altresì reso evidente lo scollegamento tra i reparti dell'intero fronte posto a tutela della salute e, segnatamente, la mancanza di interdipendenza tra servizi e funzioni sanitarie territoriali, ospedaliere e socio-assistenziali, divenuti "corpi separati": lungi dall'essere quell'insieme unitario e globale di funzioni e servizi, quale dovrebbe essere.

Ne consegue che il primo problema da affrontare riguarda la struttura e la funzione unitaria dei Servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio: il Distretto Socio-Sanitario (DSS), per l'appunto. Già nel lontano 1998, del resto, il Piano Sanitario Nazionale definiva il Distretto «Un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale, organizzando l'attivazione di tutti i percorsi di accesso dei cittadini ai servizi sanitari».

Occorre subito aggiungere che, dal ricordato 1998, sono mutati ripetutamente gli ambiti territoriali delle ASL e dei Distretti e ogni Regione si è voluta dare un modello organizzativo differente. Da allora sono cresciuti i bisogni sanitari e di protezione sociale dovuti anche alla crescente aspettativa di vita delle persone e al conseguente aumento della popolazione anziana. Parallelamente, si è venuto registrando l'innalzamento del numero di malati cronici, con valori medi di ben 40 mila per Distretto di 100 mila abitanti, 6 mila dei quali non autosufficienti. Pandemia, guerra e aumentate

difficoltà economiche hanno reso più fragile e debole l'intero tessuto sociale, accrescendone il rischio di esclusione dei soggetti più deboli e svantaggiati.

Bisogna qui sottolineare che lo scollegamento tra servizi sanitari territoriali, ospedalieri e socio-assistenziali, e quello all'interno dei singoli servizi, non è solo teorico, ma sta sempre più evidenziando il molto che resta da fare per riuscire a rispondere alla domanda di salute dei cittadini in termini "unitari e globali".

B. A completamento di quanto andiamo illustrando si aggiunge il DM 77/2022 che delinea una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e stabilisce nuovi modelli e standard nel SSN, o meglio, pareva voler ridisegnare le funzioni e lo standard del Distretto, salvo poi relegarli negli allegati.

Il Decreto si collega al PNRR, Missione 6, che si propone di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, di modernizzare e digitalizzarne il sistema, di garantire ai cittadini equità di accesso alle cure e, allo scopo, stanziare cospicue risorse per la realizzazione prevista di strutture quali:

- Case di Comunità (una ogni 40-50 mila abitanti) come modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione;
- Ospedali di Comunità (uno ogni 100 mila abitanti, aventi 20 posti letto) con la funzione di evitare i ricoveri ospedalieri impropri e favorire le dimissioni protette;
- Centrali Operative Territoriali (una ogni 100 mila abitanti, con valenza distrettuale) aventi la funzione di presa in carico delle persone e di raccordo tra servizi.

Le Regioni, chiamate a gestire i fondi previsti dal detto PNRR, dovrebbero ripensare e riprogettare, con la partecipazione degli Enti locali e delle comunità interessate, il modello dell'assistenza sanitaria e socio assistenziale territoriale, in particolare del Distretto e della sua *governance*, alla luce delle drammatiche esperienze degli ultimi anni e dei cruciali problemi che minacciano la sopravvivenza stessa della sanità pubblica. Le risorse messe a disposizione dal PNRR non possono però ridursi ad un semplice e burocratico programma di spesa di esclusiva competenza dei dirigenti delle ASL, come ora sta accadendo.

C. A prima vista la cifra d'investimento complessiva di circa 3,3 miliardi di euro all'anno per sei anni potrebbe sembrare davvero ingente, specie se confrontata con gli investimenti complessivi annuali fin qui realizzati, che si aggiravano sul miliardo e mezzo, ma a patto di non prendere in considerazione le criticità profonde e radicate che con tale cifra si dovrebbero affrontare, quali:

- la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali;
- il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico per ripensare l'infrastruttura informatica;

- l'incremento necessario al favorire la diffusione della telemedicina;
- l'allargamento dei posti nei corsi universitari per medici e per le professioni sanitarie;
- l'aumento numerico e qualitativo delle borse di specializzazione.

Criticità generate anche dalla problematica situazione degli Organici sanitari. Dopo decenni di tagli e blocco del *turnover*, infatti, gli organici si sono ridotti ai minimi termini e, conseguentemente, occorre prevedere, per il funzionamento delle strutture e dei servizi territoriali previsti dal PNRR, livelli di organico iniziali di almeno 20-25 mila operatori da aumentare successivamente fino a raddoppiarli. Nello stesso periodo di tempo, occorre anche ricordare, è previsto che 14 mila operatori andranno in pensione e non tutti saranno sostituiti.

A queste cifre va aggiunta una duplice difficoltà: sia a trattenere gli operatori in organico a causa delle condizioni di lavoro e retributive insostenibili, sia a reclutare nuovi operatori data l'attuale scarsa disponibilità di possibili operatori sanitari e la propensione di molti di loro a cercare migliori condizioni di lavoro e di retribuzione. Ultima, ma non meno importante, la carenza cronica dei medici di base che lascia scoperte numerose comunità locali. Un terzo dei medici di medicina generale ha più di 1.500 assistiti, addirittura il doppio in Lombardia e Trentino Alto Adige. Mancano medici di famiglia, non esistono vincoli di spesa, ma non si assumono. Appare chiaro che si procederà alla ristrutturazione dei servizi senza provvedere adeguatamente al relativo "capitale umano"; servizi destinati, di conseguenza, a funzionare parzialmente per mancanza di organici minimi, come già succede in Lombardia e in Veneto.

D. Il secondo problema cruciale da affrontare riguarda il sistema ospedaliero. Gli ospedali, prima congestionati dai ricoveri per Covid, sono alle prese, oggi, con le sue varie conseguenze e situazioni contingenti. Vale a dire: con interminabili liste d'attesa per visite, esami; con ricoveri e interventi chirurgici procrastinati; con servizi di Pronto soccorso quotidianamente presi d'assalto.

Il PNRR, Missione 6, prevede, tra gli altri obiettivi, l'ammodernamento del parco tecnologico e la digitalizzazione ospedaliera, articolati in digitalizzazione e grandi apparecchiature, posti letto aggiuntivi in terapia intensiva e sub-intensiva. Il tutto finanziato con circa 4 miliardi di euro (di cui 1,4 di progetti già in essere previsti dal DL 34/2020). Il DM 77/22 stabilisce anche i nuovi standard per la riorganizzazione del sistema ospedaliero. Se consideriamo l'età media e il grado di obsolescenza delle infrastrutture e delle tecnologie ospedaliere, l'obiettivo – qualora fosse davvero realizzato in tempi accettabili – rappresenterebbe un primo intervento positivo.

Rimane, invece, irrisolto il problema della vetustà delle strutture immobiliari, due terzi delle quali risalgono a prima degli anni Settanta del secolo scorso.

Sono drammaticamente irrisolti anche i problemi strutturali e funzionali: l'insufficienza cronica dei posti letto ospedalieri e degli organici medici ed infermieristici. Dopo decenni di chiusure di ospedali e di servizi di Pronto Soccorso, nel solo periodo 2010-2020 sono stati tagliati circa 31 mila posti letto, riducendo di un quinto i posti letto per acuti e quasi di un terzo quelli per lungodegenti. Tra le Regioni che rispetto alla media nazionale hanno tagliato più posti letto spicca il Piemonte, che li ha, addirittura, dimezzati per i lungodegenti. Risulta, pertanto, che nel 2020 l'Italia si è ridotta ad avere 3,5 posti letto per 1000 abitanti, di cui 0,6 posti per non acuti. Come immediato confronto, basterà ricordare che nello stesso anno la Francia ne registrava 5,7 e la Germania ben 7,8.

Non basta. La carenza di medici ospedalieri supera le 15 mila unità, di cui un terzo nei Pronto Soccorso, ma riguardo agli organici medici vi sono altre considerazioni che devono seriamente preoccupare e allarmare. La ANAAO-Assomed ha dichiarato che, dal 2019 al 2021, circa 8 mila medici hanno rassegnato le dimissioni dagli ospedali italiani. A incentivare le dimissioni volontarie non sono solo le pessime condizioni di lavoro e l'incongruo trattamento retributivo: ad esse concorrono i benefici fiscali a favore del lavoro autonomo e professionale e, in aggiunta, con l'approvazione della ultima Legge di Bilancio si sono ulteriormente aggiunte significative riduzioni della tassazione, rendendo ancor più allettante il passaggio alla libera professione dei medici del servizio pubblico.

Ad aggravare la situazione è anche:

- l'anzianità anagrafica media dei medici in servizio, destinata a determinare un elevato tasso di pensionamenti nei prossimi anni, valutabile dell'ordine di decine di migliaia, che dovranno essere rimpiazzati, pena l'ulteriore svuotamento del personale sanitario negli ospedali;
- il fatto che i medici neolaureati, preoccupati della situazione venutasi a creare negli ospedali negli ultimi tre anni, dimostrano una scarsa propensione a misurarsi con le specializzazioni più impegnative, come emerge dalla bassa percentuale di borse di studio assegnate per corsi di medicina di Emergenza-Urgenza (meno della metà del fabbisogno) e quelle, del tutto insufficienti, assegnate per i corsi di Terapia intensiva, per Virologia e per Infettivologia.

Va subito detto che è in preoccupante crescita la tendenza dei medici ad evitare ogni specializzazione e a preferire la libera professione in strutture sanitarie private o in cooperative, oppure a lavorare come medici retribuiti a "gettone". Una stima del sindacato Funzione Pubblica della Cgil valuta che tale scelta in forte crescita riguardi già oltre 5 mila sanitari. Fenomeno che disperde, sottrae e impoverisce anche in qualità le capacità professionali del capitale umano, patrimonio inestimabile del Sistema Sanitario Nazionale. Infine, con l'impiego dei medici "a gettone" si generano rivalità e disuguaglianze retributive stridenti con il personale in organico.

E. Ancora più grave è la carenza di infermieri professionali. In Italia vi sono 1,6 infermieri per ogni medico. Nei Paesi OCSE gli infermieri per medico sono 2,6. Significa che già nell'immediato si ha una carenza di 12 mila unità infermieristiche. Non basta:

- l'età media elevata, l'incidenza dei pensionamenti nei prossimi anni e il continuo flusso di dimissioni volontarie faranno presto salire il fabbisogno reale a decine e decine di migliaia.

Davvero, il confronto con i Paesi europei più avanzati è impietoso: in Italia si hanno 33 infermieri ogni 1.000 abitanti, e una situazione peggiore di noi l'hanno solo Grecia, Spagna, Portogallo e Lituania, laddove la media nei Paesi dell'OCSE più avanzati è di 49 infermieri ogni 1.000 abitanti, per non citare quella dei Paesi scandinavi, la cui media è ancora notevolmente più alta.

L'insieme delle carenze strutturali e funzionali (posti letto tagliati, organici falciati) che si hanno nei servizi territoriali e ospedalieri, si scaricano direttamente sulla rete dell'Emergenza-Urgenza, della quale il Pronto Soccorso è il servizio più esposto. A fronte di questo coacervo di problemi irrisolti, l'Agenzia per i SSR registra che nei primi sei mesi di quest'anno sono saltate 3,4 milioni di visite di controllo, mettendo a rischio la salute di malati oncologici, cardiopatici e diabetici. Mentre il governo non ha neppure finanziato il fondo di implementazione del Piano Oncologico Nazionale, riguardante tre milioni e mezzo di pazienti.

F. Da quanto fin qui detto, riteniamo che si evidenzi quanto l'Ospedale, come oggi si va strutturando, non corrisponda più alle attuali esigenze curative, soprattutto perché il suo assetto organizzativo risale a decenni addietro e, nel frattempo, la tipologia dei ricoverati è profondamente mutata in conseguenza del costante invecchiamento della popolazione, che comporta ricoverati pluri-patologici, cronici e sovente non autosufficienti.

Non è più pensabile selezionare il paziente sulla base di una singola patologia onde procedere alla sua collocazione nei vari reparti (Chirurgia, Otorino, Ortopedia, ecc.): occorre sempre più avere una visione olistica della persona per poterla collocare al centro delle cure e prendere in considerazione l'organismo nel suo complesso e non il singolo organo del paziente. È necessario ripensare globalmente l'organizzazione ospedaliera e superare con decisione e competenza la tradizionale suddivisione secondo criteri di reparto ospedaliero, non di raro intesi come piccoli feudi autonomi, che agiscono come corpi separati e indipendenti (decisi spesso a difendere privilegi illusori) rispetto al complesso di cui dovrebbero invece esserne una razionale articolazione. Deve essere abbattuta la barriera che divide l'ospedale dal territorio, favorendo una continuità logica sia per i ricoveri (entrata) e sia per le dimissioni (uscita) dei pazienti. Ed è entro questa dinamica che il Pronto Soccorso dovrebbe essere considerato un corpo unico con la struttura di ricovero.

Si tratta, dunque, di operare un radicale cambiamento che sicuramente susciterà forti resistenze corporative da parte delle categorie professionali interessate, ma per il quale, ciò nondimeno, è urgente avviare quanto prima un serrato dibattito.

TENDENZE DEMOGRAFICHE ED EVOLUZIONE DELLE ESIGENZE SOCIO-SANITARIE

Dal 2015 nella società italiana va progressivamente diminuendo la popolazione residente e va aumentando soltanto la popolazione anziana, anche in virtù della crescita della speranza di vita. Risultato: gli Italiani sono sempre di meno, e sempre più anziani. Nel 2021, ad esempio, il tasso di natalità è stato del 6,8 per mille e del 12 per mille quello della mortalità, con il risultato che la popolazione italiana ha subito un ulteriore calo di 206 mila unità, scendendo complessivamente a 59 milioni, perdendo in sette anni oltre un milione di residenti.

Occorre ricordare che, per mantenere la stabilità della popolazione ed evitare il declino demografico, la natalità dovrebbe raddoppiare, evento possibile soltanto se il tasso di fertilità di una donna fosse di almeno di 2,2 figli: un risultato raggiungibile unicamente attraverso una corretta politica sociale volta al rilancio della natalità, al sostegno della famiglia e di prospettive economiche favorevoli. Le risorse in Italia previste per il sostegno della maternità e famiglia sono e sono state costantemente meno della metà di quelle mediamente investite nell'UE e addirittura un terzo di quelle tedesche.

Non meno miope è, nel nostro Paese, la politica di controllo dei flussi migratori, incapace di vederli come una opportuna e preziosa risorsa, mediante una loro adeguata ricollocazione nel tessuto economico e sociale nazionale.

In concreto, gli Italiani con più di 65 anni sono 14 milioni, pari al 24% del totale, mentre i bambini da 0 a 14 anni sono solamente 7,5 milioni. Non meno sconcertante è il rapporto tra lavoratori e pensionati: 10 a 6. Circa 24 milioni di Italiani, ovvero il 40%, sono affetti da patologie croniche e quasi 4 milioni, pari al 6,6%, risulta non autosufficiente. Con l'incremento dell'invecchiamento della popolazione crescono in modo esponenziale le esigenze sanitarie e socio assistenziali e le relative spese per soddisfarle; spese che si concentrano, necessariamente, sulle fasce di età più elevate, sui malati cronici e, ovviamente, sui non autosufficienti.

Tra l'altro le difficoltà economiche, il disagio sociale, le diseguaglianze e la povertà acuiscono le richieste di servizi ed evidenziano inesorabilmente l'impossibilità del servizio pubblico di soddisfarle in tempi accettabili.

IL SSN SULL'ORLO DEL COLLASSO A CAUSA DEL DEFINANZIAMENTO

L'evoluzione della spesa sanitaria nel decennio 2010-2020 e il confronto con alcuni paesi europei ci aiutano a comprendere la situazione in cui ci troviamo: l'Italia ha

incrementato la spesa per il Servizio Sanitario Nazionale del 21%, la Spagna del 36, la Francia del 35 e la Germania del 57. Il nostro Paese ha, inoltre, contenuto la spesa, anche con l'emergenza Covid. Nel 2020 la spesa sanitaria pubblica in percentuale rispetto al PIL, ovviamente cresciuta a causa del Covid, è stata in Italia del 7,3%: inferiore, ad esempio, a quella della Spagna (7,8%), a quella del Regno Unito (9,9%), quella della Francia (10,3%), a quella della Germania (10,9%) e, infine, a quella degli USA (15,9%).

Secondo i dati OCSE 2020-2021 e della Ragioneria generale dello Stato, la spesa pro-capite per la sanità, finanziata dai fondi statali e dalle casse e assicurazioni obbligatorie, è stata in Italia di 2.141 euro, in Francia di 3.523, nel Regno Unito di 3.961, in Germania di 4.730 e negli USA di 8.816 euro. La spesa pro capite media degli italiani per prestazioni sanitarie pagate di tasca propria presso servizi privati ammonta a 616,5 euro all'anno. Se si somma la spesa volontaria per fondi e assicurazioni pari a 75,6 euro, il totale sale a 692,1 euro annui. In confronto ai cittadini di altri Paesi, gli Italiani sono ormai tra quelli che mediamente pagano di più per prestazioni sanitarie private e lo Stato italiano è tra quelli che finanziano di meno la Sanità pubblica. Qualche esempio ricavato dai dati OCSE possono aiutare a capire meglio la situazione:

- nel 2021 la spesa sanitaria complessiva in Italia è stata di 2.833,7 euro per ogni cittadino, di cui 2.141,6 provenienti da fondi pubblici e 692,1 spesi di tasca propria dai cittadini per prestazioni mediche private: in sostanza un terzo rispetto al finanziamento dello Stato.

- nello stesso anno, in Germania la spesa complessiva è stata di 5.498,5 euro a testa, di cui 4.730 stanziati dal governo e 768,5 pagati direttamente dai cittadini. La spesa per prestazioni private di un cittadino tedesco, in percentuale, rispetto al finanziamento dello Stato risulta, perciò, essere meno della metà di quella sborsata da un cittadino italiano. Con un'altra rilevante differenza: il finanziamento pubblico tedesco è più del doppio rispetto al nostro.

L'amara conclusione è che i cittadini italiani più anziani e bisognosi di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali sono costretti a ricorrere a prestazioni sanitarie e assistenziali a pagamento. Ad esse ricorrono sia coloro che possono agevolmente pagarsele sia coloro che per farlo devono impoverirsi. Restano esclusi e discriminati i cittadini più poveri e gli emarginati. Purtroppo, le statistiche ci dicono che ormai sono già 6 milioni le persone che rinunciano a curarsi perché non possono sostenerne le spese.

Le politiche sociali attuate dai nostri governanti fin dalla crisi finanziaria globale del 2007-2008, hanno fatto regredire il nostro Paese, abbassandolo al livello dei Paesi mediterranei più arretrati e allontanandolo decisamente da quello dei Paesi più avanzati del Centro e del Nord Europa.

RIFONDARE IL SSN, UNICA CONDIZIONE PER POTERLO RILANCIARE

Fin dall'inizio dell'attuazione della riforma sanitaria il problema è stato quello trovare un giusto equilibrio tra le funzioni sanitarie fondamentali: la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

La prevenzione e la riabilitazione nel nostro Paese avevano un ruolo marginale. Ciò nondimeno, la pratica di prevenire la malattia attraverso una tempestiva, corretta e sistematica educazione sanitaria, congiunta al senso civico dei cittadini, era andata ad integrarsi con una certa estensione della profilassi e della diagnosi precoce. Le esperienze dei lavoratori di alcune industrie di controllo diretto sull'ambiente e sulle condizioni di lavoro hanno mostrato che sarebbe stato possibile un intervento pubblico coadiuvato da politiche specifiche e generali virtuose, mirate a rimuovere, o perlomeno a ridurre, le cause e i fattori di rischio che minavano la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro e nell'ambiente di vita stesso.

Prevenzione che doveva avere lo scopo precipuo di ridurre l'incidenza di disturbi, malattie e mortalità, nonché i costi del SSN. Purtroppo, la mancanza di politiche governative virtuose, causate non poco dalle pressioni esercitate da potenti interessi economici, in ispecie di quelli gravitanti attorno alla sanità, hanno sempre avuto buon gioco e hanno potuto prevalere, condizionando lo sviluppo economico generale alle logiche di mercato e consumistiche. Di conseguenza, ogni prevenzione, intesa come rimozione o riduzione delle cause di malattia, sia dovute a precarie condizioni dell'ambiente di lavoro, sia all'inquinamento ambientale generale non controllato medicalmente, non è mai potuta decollare.

Non solo, la riabilitazione ha finito col divenire in larghissima parte una fiorente attività economica dei privati. Ad esse si è aggiunta l'estrema debolezza dei servizi sanitari territoriali, col risultato di far defluire tutto il carico sanitario nell'unico "imbuto", quello ospedaliero. In tal modo, l'organizzazione sanitaria complessiva del SSN ha assunto un carattere marcatamente CLINICO OSPEDALIERO, ovviamente anche nelle sue varianti regionali. Organizzazione che è chiamata a sopportare quanto le proiezioni demografiche a 20-30 anni ci stanno confermando: una imponente crescita delle varie fasce d'età della popolazione anziana, dell'età media, e delle speranze di vita, con la prevedibile crescita delle malattie croniche, della non autosufficienza e, di conseguenza, dell'aumento ulteriore della spesa sanitaria.

L'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari Regionali) indica da tempo, rimanendo inascoltata, la necessità di mutare radicalmente il modello di organizzazione sanitaria nazionale e conseguentemente di quella regionale, orientandola alla prevenzione, centrata sulle persone, basata sulle cure primarie e sulla sanità di iniziativa.

Occorre riorganizzare un sistema sanitario incentrato sulla prevenzione e sui singoli individui, con interventi della medicina territoriale più dinamica, con trattamenti appropriati e tempestivi che vadano incontro al paziente e al soggetto a rischio, prima che insorga o si aggravi la patologia.

IL DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA E LA LEGGE DI BILANCIO

I due punti che precedono hanno chiaramente evidenziato due contrapposte ipotesi a riguardo dell'attuale Sistema Sanitario Nazionale:

- la prima lo mostra alle soglie di un suo possibile ed imminente crollo a causa del continuato definanziamento da parte dei Governi via via succedutisi;
- la seconda ipotesi, che è anche una proposta, cerca di dimostrare quanto sia necessario ed urgente rifondare questo Sistema affinché il nostro Paese ne possa avere uno davvero efficiente.

Indicazioni nette e inequivocabili per queste ipotesi provengono dal Documento di Economia e Finanza (il DEF) del precedente governo Draghi e dalla Legge di Bilancio dell'attuale governo Meloni. Il DEF prevedeva una diminuzione progressiva del finanziamento del Fondo sanitario (l'FSN) dal 7,2% del PIL a partire dall'anno 2021 fino a raggiungere il 6,1% nel 2025 (addirittura meno del 6,4% del 2019). In pratica circa 20 miliardi di euro in meno nel giro di due anni a dispetto di un'inflazione oltre l'8% (!) e dei crescenti costi: spesa corrente (bollette energetiche, beni e servizi, ecc.) e costante rincaro generalizzato delle risorse energetiche, delle materie prime e dei materiali di costruzione che riguardano gli investimenti.

La corrente Legge di Bilancio ha puntualmente confermato questa impostazione di progressiva diminuzione del fondo sanitario, mentre l'OCSE continua a mettere in guardia i governi aderenti a non scendere sotto la soglia minima del 6,5% del PIL nel finanziamento dei Servizi sanitari, pena la loro insostenibilità. Il Governo Italiano, invece, ha stanziato 2,15 miliardi in più per il FSN sufficienti appena a pagare il rincaro delle bollette, lasciando così pochi spiccioli per compensare l'aumento dei costi dovuti all'inflazione, senza contare che tutte le Regioni sono assillate anche dagli extra costi per il Covid, ammontanti a ben 3,8 miliardi e coperti solo parzialmente da provvedimenti governativi. In più occorrono risorse per far decollare sul territorio le nuove strutture (Case e Ospedali di Comunità) previste dal PNRR, e lo stesso Piano nazionale della cronicità

Inoltre, le Regioni, considerate le insufficienti risorse stanziate dalla Legge di bilancio, lanciano un grido d'allarme per una situazione che determinerà «conseguenze catastrofiche» e dichiarano che «la Sanità è vicina al collasso: serve un intervento straordinario e strategico in grado di proporre delle soluzioni, prontamente attuabili e idonee ad affrontare nell'immediato la carenza di personale sanitario e la crisi finanziaria di cui, da ormai tre anni, versano i SSR».

I sindacati di categoria degli operatori sanitari, da tempo in agitazione con scioperi e manifestazioni, in un comunicato intersindacale hanno definito la manovra economica 2023 del Governo «la strategia del nulla per la sanità pubblica». E continuano la lotta per salvare e rilanciare il SNN. Sulla base di quanto andiamo ulteriormente aggiungendo riguardo alla labilità su cui poggia l'intero sistema sanitario nazionale – e con esso

l'Universalità, l'Eguaglianza e l'Equità tra i cittadini e la concreta accessibilità ai servizi preposti – ci pare che esso sia davvero fortemente compromesso e non più in grado di sopportare l'ennesimo colpo infieritogli dalla nuova Legge di Bilancio.

Rifondare e rilanciare il SSN è l'alternativa. Occorre orientarlo alla prevenzione, centrarlo sulle persone, basarlo sulle cure primarie e sulla sanità di iniziativa, così come da tempo raccomandano anche l'OCSE e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (l'OMS). Occorre nel modo più urgente:

- finanziare il FSN anche nei prossimi anni con risorse pari almeno al 7% del PIL.
- impiegare con sollecitudine e rigore le risorse messe a disposizione dal PNRR.
- ricorrere senza esitazione alle risorse del Meccanismo Europeo di Stabilità sanitario, anche solo con prestiti parziali, del fondo di 37 miliardi messi a disposizione del nostro Paese a condizioni molto vantaggiose.

Ottenendo così risorse adeguate, in larga parte esistenti, si possono affrontare i problemi della trasformazione radicale e del rilancio del SSN. Si può e si deve cominciare dalla più piena valorizzazione del capitale umano e professionale:

- con un massiccio piano di reclutamento e assunzione delle figure professionali necessarie, superando situazioni anomale, scandalose e pericolose per i pazienti;
- con un adeguamento delle politiche contrattuali, delle attuali normative e retribuzioni, che riconosca concretamente la dignità degli operatori e accresca la considerazione sociale del loro ruolo e lo renda più attraente nei confronti delle nuove generazioni, condizione necessaria per creare una nuova e adeguata leva di studenti alla facoltà di Medicina e Chirurgia e a quella di Scienze Infermieristiche, al fine di far sorgere nel nostro Paese una nuova leva di medici, di specialisti e di infermieri professionali.

Lo scempio compiuto al SSN fa parte del grave e generale arretramento dalle conquiste sociali ottenute nel secolo scorso. Esso è stato provocato dalle disastrose politiche dei vari governi di diverso orientamento, ma tutti sostenitori convinti, o quantomeno subalterni, delle logiche politiche liberiste. Purtroppo, questo è avvenuto anche da parte di coloro che dicevano di ispirarsi al Riformismo e si dichiaravano di centro-sinistra o, addirittura, di sinistra. Il risultato è che oggi siamo pervenuti a far gestire il Paese al governo più destrorso nella storia della Repubblica.

Naturalmente, la nostra speranza resta che la Sinistra sappia rialzare la testa per rimettersi in cammino e ritrovare un saldo rapporto con il Paese. Una Sinistra capace di analisi puntuali proposte credibili e adeguate ad organizzare i cittadini, al fine di riuscire con loro a contrastare le politiche dell'attuale Governo.