

## ANALISI

### Tre problemi per il Sistema sanitario: programmazione, formazione e risorse

MARIA PIA GARAVAGLIA

Bisogna venire incontro alle nuove esigenze dei cittadini, senza far saltare il bilancio. Ma tutti devono dare il loro contributo fiscale. Serve una visione complessiva di fronte ai grandi mutamenti di scenario, come ebbero i legislatori nel 1978. Fondamentale rispondere alla carenza di personale. Sono entrata alla Camera dei Deputati, e assegnata alla Commissione sanità, nel giugno 1979, quando si avviava l'attuazione della legge n. 833, approvata il 23 dicembre 1978, la "Riforma sanitaria". L'onorevole Maria Eletta Martini fu la presidente della Commissione sanità durante tutto il dibattito della legge firmata dal ministro Tina Anselmi. Fui sua collega in Commissione e successivamente ebbi l'onore di succederle al ministero della Sanità. La legge ha compiuto 45 anni e si segnala ancora oggi come una delle leggi più significative in attuazione della Costituzione; la riforma cui si addice davvero l'aggettivo "storica", ha subito successive modificazioni e ha superato il tentativo di svilirla: il profilo profondamente solidarista ed egualitario. Infatti col decreto legislativo n. 502 del 1992, ministro liberale De Lorenzo (il Partito liberale aveva votato contro la Riforma) introduceva una parificazione fra servizio pubblico e privato che riduceva la forza del servizio pubblico.

Col decreto legislativo n. 517, capo del governo Carlo Azeglio Ciampi, potei correggerlo profondamente, salvando spirito e lettera della riforma.

Ora stiamo attraversando un periodo di poca fortuna del Ssn.

La pandemia ha fatto conoscere meglio ai cittadini il grande valore del nostro sistema (per anni considerato tra i migliori del mondo) e ha acuito le aspettative per ottenere, tempestivamente e nel pubblico, le risposte ai bisogni (non raramente anche desideri) sanitari.

E comunque quando si tratti di urgenze o di interventi necessari e indilazionabili, il disagio dei cittadini suscita comprensibile protesta. Chi ha la possibilità ricorre al sistema dei servizi privati; e chi non può? La legge 833 prevede (non è mai stata abrogata formalmente) l'accesso egualitario e universale di tutti i cittadini alla protezione della salute.

Non è difficile registrare che in un quarantennio si sono modificati molti parametri sia epidemiologici che sociali. La popolazione è invecchiata, molte malattie non trasmissibili possono essere curate a lungo con la conseguente cronicizzazione e la tecnologia si è impossessata, positivamente, di molte attività, che migliorano le capacità assistenziali da parte degli operatori sia medici che sanitari e sociali. L'invecchiamento della popolazione, in particolare, esige una riorganizzazione della filiera di tutte le possibili strutture territoriali a favore di una popolazione oggettivamente più vulnerabile e che fa aumentare la domanda di servizi e, ovviamente, la



## Avvenire

spesa. Mi soffermerei su tre ambiti imprescindibili: programmazione, formazione del personale e finanziamento.

La premessa sostanziale, però, è avere una visione. I legislatori del 1978 l'avevano. Quindi si riparta dall'idea consolidata nel tempo, anche perché verificata nella realtà, che la salute è un bene individuale e di interesse comunitario, e che consiste non solo in assenza di malattia bensì in uno stato generale di benessere psico-fisico della persona. E questa concezione conduce ad attivare oltre alle misure dedicate direttamente alla cura anche quelle che promuovono sia la prevenzione che la riabilitazione.

La programmazione non potrà sottrarsi ad avere come premessa quanto ora ricordato. La prevenzione si manifesta con diverse modalità e opportunità attuative, tant'è che viene spesso denominata con aggettivazioni quali primaria, secondaria e terziaria, a seconda che rimuovano anticipatamente cause che possono nuocere oppure che riducano rischi e condizioni ambientali di vita e lavoro. Se gli operatori dedicati alla cura sono facilmente individuati e la loro preparazione accademica, magari un po' datata, è definita (medico, infermieri, operatori di varia specialità) non è stata dedicata sufficiente e coerente attenzione alle professionalità funzionali alla corretta prevenzione. L'epidemiologia offre con notevole approssimazione dati lineari nel tempo per conoscere l'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione e anche buone previsioni circa l'evolversi dei bisogni e della relativa domanda.

La raccolta, l'analisi e la conoscenza dei dati sono uno strumento indispensabile per governare i fenomeni e l'attuale possibilità di contare sulla diffusa digitalizzazione rende colpevole chi, responsabile ai diversi livelli della attuazione del Ssn, non li raccoglie e non li mette a disposizione con un linguaggio tale che possa interloquire con tutti gli altri sistemi, che afferiscono alla gestione della tutela della salute. Peccato che perfino il fascicolo sanitario elettronico non sia ancora maneggiabile in tutta Italia da parte di ogni cittadino e dei suoi terapeuti. Speriamo che il Pnrr porti rimedio.

La programmazione dovrebbe forse anche, e finalmente, costruire quella rete di servizi sul territorio che già la legge 833 aveva indicato per ottenere la più ampia deospedalizzazione.

Questa, però, non sia scriteriata come abbiamo dovuto constatare durante la pandemia, perché non c'erano letti e servizi sufficienti nelle rianimazioni. Gli ospedali non potranno mai dismettere la loro funzione principale di curare le acuzie e comunque dovranno anche essere strutturati secondo le nuove esigenze di ricovero, rispettose della dignità e della privacy delle persone. Il patrimonio ospedaliero è molto vecchio ma ci sono fondi nel bilancio. Le missioni 5 e 6 del Pnrr stanziano fondi notevoli per la rete di servizi territoriali, come le case di comunità, gli ospedali di comunità, l'assistenza domiciliare (vi sono dedicati 2,7 mld) ma non si parla delle Rsa, degli Hospice e dei servizi per la non autosufficienza, e soprattutto degli standard di personale.

La non autosufficienza è materia della legge n. 33 del 2023 che per essere attuata ha bisogno di decreti attuativi e di fondi propri, che mancano. Tutto questo mi fa temere un ritardo attuativo eterno anche che rischia di creare una organizzazione parallela rispetto ai servizi del sistema sanitario nazionali, universali, che devono prendersi in carico la tutela della salute dall'inizio

della vita (anche di chi deve nascere) fino alla sua conclusione naturale, accompagnata da tutte le cure, secondo il principio di lenire le sofferenze.

La descrizione, purtroppo sommaria, di quanto servirebbe richiede di individuare anche quali sono i professionisti che devono vivere e attuare all'interno del sistema tutte le funzioni dedicate alla cura e all'assistenza. Quali sono queste figure? Chi li forma? Quanto tempo occorre per formare ciascun professionista? Sono domande angoscianti perché stiamo attraversando un tempo nel quale la carenza di personale, soprattutto medico e infermieristico, ma anche di altre specializzazioni, è fortemente carente. I servizi alla persona sono le persone! Quindi non può esserci un sistema sanitario nazionale che non sia provvisto del personale necessario in qualità e quantità. La programmazione universitaria dovrà essere armonizzata con quella sanitaria; il Consiglio dei ministri non è forse un organo collegiale nel quale i ministri di Sanità, Università e ricerca scientifica nonché dell'Economia pianifichino di concerto quanto deve essere offerto alla comunità?

Nel 1998 fu introdotto il numero programmato (in realtà chiuso) nelle facoltà di Medicina e nelle varie specializzazioni. La scelta parametrava la capacità formativa degli atenei agli spazi e alle strutture dei docenti ma non alle richieste dei territori. Ci sentiamo ripetere che nel prossimo quinquennio mancheranno circa 30.000 medici, 70.000 infermieri, ecc. Come se non bastasse è stata introdotta la specializzazione di medicina d'urgenza per il personale del pronto soccorso - altra nota dolente di un sistema mal programmato - perché in tal modo sono numericamente insufficienti, non c'è la turnazione di tutti i medici e infermieri come in passato, il personale è sotto organico esposto a turni insopportabili. Si sta tentando, attraverso una più precisa organizzazione di rimediare a questa oggettiva e grave difficoltà.

Tutto ciò premesso, come si suol dire, sconta anche una riforma istituzionale che ha aumentato la responsabilità regionale in materia sanitaria talché questa è di competenza primaria delle Regioni, che hanno creato una grande disparità fra i cittadini italiani, erodendo il principio della equità e dell'uguaglianza. Come si finanzia il sistema sanitario? La legge 833 prevedeva che fosse a carico della fiscalità generale, come sarebbe anche giusto, considerando che il servizio è universalistico; tuttavia sarebbe impossibile perché si tratta di un sistema complesso, costoso e in continua evoluzione e sempre più tecnologico.

Ricorre una parola molto ambigua, "sostenibilità". Sostenibilità rispetto a che cosa? Si può parlare della sostenibilità delle cure per i pazienti ma in realtà la si invoca in rapporto alla spesa pubblica. Da circa 30 anni le finanziarie non hanno aumentato il finanziamento del Ssn. A causa sia dell'inflazione che dell'aumento dei prezzi e dei contratti (rinnovati sempre con molto ritardo senza miglioramenti stipendiali adeguati per cui c'è la fuga di medici e infermieri verso il privato e all'estero) il Fondo sanitario nazionale notevole, circa 130 miliardi, è inadeguato.

La conclusione tratta da molti è che non sarà possibile garantire per tutti gli stessi servizi a carico dello Stato e che quindi si imporrà una diversa collaborazione, rispetto all'attuale, fra i servizi offerti dal pubblico e quelli offerti dal privato.

Sono ormai diffuse molte assicurazioni integrative che tuttavia, dovrebbero essere disciplinate in modo tale che non sottraggano al Ssn sia i clienti sia i finanziamenti, attraverso forme di

## Avvenire

---

detrazioni. Per garantire certezza di finanziamenti – non soggetti alle turbolenze politiche delle finanziarie annuali – sarebbe indispensabile stabilire una percentuale fissa della spesa sanitaria sul Pil, almeno secondo una media europea. Soprattutto, servirebbe anche che ogni cittadino si sentisse corresponsabile per il successo del proprio sistema sanitario e che partecipi con fedeltà al suo finanziamento, pagando le tasse secondo le proprie capacità, come chiede la Costituzione e ha esortato il presidente Mattarella : partecipare significa farsi carico della propria comunità. Ciascuno per la sua parte. Significa contribuire anche fiscalmente. L'evasione riduce, in grande misura, le risorse per la comune sicurezza sociale. E ritarda la riduzione del debito.

RIPRODUZIONE RISERVATA La legge 833 rimane una delle più significative in applicazione della Costituzione Il ruolo ambiguo del concetto abusato di sostenibilità La legge del 1978 che istituì il Ssn aveva una visione. E oggi?