

UNA SANITÀ UGUALE PER TUTTI_Bindi_2025_(Solferino)¹

La salute degli italiani oggi è fra le migliori del mondo, grazie anche alla nostra sanità. Non solo siamo tra i Paesi più longevi, ma per i tumori, ad esempio abbiamo alte percentuali di guarigione e fra i più lunghi tempi di sopravvivenza. Significa che sappiamo fare ricerca, organizzare programmi di prevenzione, fare diagnosi precoci e applicare terapie complesse, e costose. Eppure giornali e tv raccontano con frequenza settimanale la diffusa insoddisfazione dei cittadini, pubblicano grafici che misurano le lunghe liste d'attesa, il costante divario tra Nord e Sud del Paese, la grave carenza di molte figure professionali. Il malessere dei pazienti e degli operatori convive insomma con le buone pratiche e i buoni risultati in una continua oscillazione tra eccellenza e degrado. Una condizione di precarietà che potrebbe non garantire più qualità dei servizi per tutti.

Risulta evidente che fra diritti sociali e libertà civili e beni comuni vi sia un rapporto così stretto che non si può affrontare la crisi della sanità senza fare i conti con le chiare difficoltà che attraversano anche il sistema democratico del nostro Paese e riflettono al contempo la crisi del sistema delle relazioni internazionali. Il rapporto tra cittadini e istituzioni è in crisi anche a causa della incapacità delle nostre democrazie di assicurare quel benessere che abbiamo conquistato dalla fine della Seconda guerra mondiale a oggi. Cresce la sfiducia nei confronti della politica, ma anche nel vincolo sociale che per lunghi anni ha saputo conciliare diritti individuali, libertà civili e beni comuni. L'aumento delle disuguaglianze, l'aumento della povertà e l'impoverimento del ceto medio stanno paradossalmente provocando la fuga nell'individualismo e nella ricerca di soluzioni personali a problemi che richiederebbero, al contrario, più solidarietà e maggiore impegno per assicurare a tutti i beni comuni: la salute, l'istruzione, il lavoro.

L'eclissi del multilateralismo, cioè della volontà di trovare soluzioni collettive a problemi comuni, si riflette anche sulla tutela della salute. One Health, un termine oggi di moda, con il quale si indica la stretta interdipendenza tra la salute umana, quella animale e quella dell'ambiente. Che implica anche salute globale, perché quello che vale per le persone di un Paese non può che valere anche per tutti: è il concetto della tutela della salute come parte e presupposto dei diritti umani.

Durante il Covid un po' ovunque si ripeteva «nulla sarà più come prima». Il modello di cura fondato sul mercato è apparso inadeguato a molti, e anche a livello globale sono cominciati i lavori per un nuovo trattato per il controllo della diffusione delle malattie infettive e per una più equa distribuzione mondiale dei vaccini e delle risorse tecnologiche che durante la pandemia era mancata. L'Unione Europea impegnava grandi risorse in un programma post Covid – Next Generation EU – per costruire un'Europa più resiliente, più sostenibile e verde. La salute è stata percepita come un bene comune, ed è questa la terza lezione. E come altri beni comuni – la pace, il lavoro, l'acqua e l'aria – la sua tutela non può essere affidata alle logiche del profitto ma va ricondotta alla responsabilità pubblica con una scelta politica conseguente. Ma è stata solo una breve parentesi, e anche questa è una lezione: la «nuova normalità» pensata durante la pandemia non si è mai realizzata.

In sanità il ritorno alla «vecchia normalità» ha riproposto gli antichi problemi in forma più grave. La spesa pubblica ha ripreso a diminuire e quella privata delle famiglie ad aumentare. Le liste d'attesa si sono allungate e molti hanno deciso di rinunciare alle cure piuttosto che affrontare i prezzi dei mercati privati. Sono aumentate le disuguaglianze tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno nell'accesso ai servizi. Nei pronto soccorso e nei reparti sempre più sguarniti di personale è comparsa la strana figura dei medici e degli infermieri «gettonisti», liberi professionisti associati in cooperative chiamati a coprire turni pagati dalla Asl con gettoni sostanziosi, mentre la fuga all'estero o nel privato ha avuto un'impennata. La frustrazione dei cittadini è cresciuta fino a sfociare in aggressioni anche fisiche verso quegli stessi professionisti che nei mesi dell'emergenza pandemica erano stati celebrati come eroi.

I sistemi di sicurezza sociale pubblici arrancano in tutta Europa, dove accantonata la strategia della risposta unitaria e comune alla pandemia sono tornati a prevalere i populismi e gli egoismi nazionalistici mentre i costi sono aumentati anche per l'invasione russa dell'Ucraina, che ha innescato una nuova crisi energetica e drenato imponenti risorse per sostenere lo sforzo bellico di Kiev. Il governo dichiara l'insostenibilità finanziaria del Servizio sanitario nazionale e pensa di affiancare a quella pubblica una «seconda gamba» privata, affidata a fondi e assicurazioni sanitarie, senza neppure cogliere il paradosso di chiamare in soccorso del Servizio sanitario forme di assistenza che sono l'esatta antitesi dei suoi principi. Una combinazione azzardata e potenzialmente letale, che potrebbe provocare la fine del Servizio sanitario nazionale e riportarci ai tempi delle mutue.

¹ Riassunto per "ECCOCHI!" da Gigi Bacchetta. Segnalazioni errori: gigi.bacchetta@cgilpiemonte.it

1. Riforme e controriforme

Il Servizio sanitario nazionale nasce nel 1978 ed è l'esito più maturo di una stagione di riforme politiche e sociali – dallo Statuto dei lavoratori al nuovo diritto di famiglia, dall'istituzione delle regioni alla legge sul divorzio – che nella seconda metà degli anni Settanta segna un'accelerazione nel percorso di attuazione della Carta Costituzionale. In Parlamento si susseguono le proposte di riforma. Nell'autunno del '77 si arriva a un testo condiviso, frutto di un impegno unitario e della convergenza tra parlamentari della Dc come Danilo Morini, relatore di maggioranza, e del Pci, come Giovanni Berlinguer. Ma è grazie alla determinazione del nuovo ministro della Sanità Tina Anselmi che viene superato lo stallo in cui, dopo il rapimento e l'assassinio di Aldo Moro, rischia di arenarsi la legge che invece vede la luce il 23 dicembre 1978.

La legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale è preceduta dall'approvazione di un'altra importante riforma in campo sanitario, la legge 180, tenacemente perseguita dallo psichiatra Franco Basaglia, che cambiava l'approccio alla malattia mentale e riconosceva dignità ai matti, non più segregati ma reinseriti nella società con la chiusura dei manicomi. La legge 180 del '78 è stata la prima legge nella quale la cura del malato di mente era affidata a una pluralità di interventi territoriali, tra loro integrati, sanitari, sociali, culturali. È una riforma che anticipa l'idea di salute che ispira il Servizio sanitario nazionale che non si limita a offrire prestazioni ma garantisce la cura della persona, nel rispetto della sua dignità.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, approvata con i voti contrari di soli due partiti, il Pli e il Msi, appare per molti versi ben più avanzata del NHS britannico a cui si ispira. Il Servizio sanitario nazionale è concepito come lo strumento di attuazione del diritto costituzionale alla salute e non a caso il primo articolo della riforma ripropone il testo dell'articolo 32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività attraverso il Servizio sanitario nazionale».

Un sistema pubblico, finanziato da risorse pubbliche con le tasse di tutti, ognuno contribuisce in base al proprio reddito e ne usufruisce in base al bisogno di salute (principio di solidarietà). Un modello in netta antitesi con quello precedente che differenziava le cure e i contributi fra innumerevoli categorie di lavoratori, ignorava la prevenzione e si era dimostrato costoso e inefficiente. Le mutue professionali si limitavano a rimborsare le malattie, lasciavano senza copertura circa il 10 per cento della popolazione e avevano accumulato una montagna di debiti.

La riforma era stata approvata tra due devastanti crisi petrolifere: quella del 1973, con le domeniche a piedi, i cinema che chiudevano alle 23:00 e la televisione che riduceva le ore di programmazione per risparmiare benzina ed elettricità, e quella del '79 che provocò la «stagflazione», con inflazione record, aumento della disoccupazione e debole crescita economica. Il neonato Servizio sanitario nazionale, che si fece anche carico di ripianare gli enormi deficit delle mutue, cominciò a vacillare, sotto i colpi di questa seconda crisi: alle regioni furono lesinati i fondi necessari per far decollare i nuovi servizi, mentre ai cittadini fu chiesto di pagare i primi ticket. Ma soprattutto cominciò quasi subito la ricerca di una «riforma della riforma» che diventò il mantra di un decennio segnato dalle politiche neoliberali, promosse dalla premier inglese Thatcher e dal presidente Usa Reagan.

Seguirono gli anni della critica allo statalismo e all'assistenzialismo, alimentata dalle disfunzioni di un Sistema sanitario azzoppato e incompleto, dal clientelismo e dalla invadenza dei partiti nella pubblica amministrazione e nella gestione delle Unità sanitarie locali. All'inizio degli anni Novanta il Paese è scosso da una nuova crisi economica (il mercoledì nero della lira e l'uscita dal Sistema monetario europeo) e dagli effetti politici e istituzionali di Tangentopoli. L'Italia offriva l'immagine di un Paese allo sbando e inaffidabile, drammaticamente lontano dagli obiettivi che sarebbero stati previsti dal Trattato di Maastricht. Per scongiurare la bancarotta, il governo guidato da Giuliano Amato presenta nell'estate del 1992 la legge 421, «Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale». È una cura da cavallo che si abbatte sul nostro welfare dopo gli anni della finanza allegra e dell'economia drogata dall'espansione incontrollata del debito pubblico che aveva superato del 100 per cento il valore del Pil.

Per la sanità la cura si materializza nel decreto legislativo 502/92 che modifica l'impianto pubblico e universalistico del Ssn. Capisaldi del decreto sono la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema, ma il sottotesto neanche troppo mascherato, è la sua privatizzazione con una robusta apertura al mercato. L'idea di fondo, spiegata dal ministro è «che a tutti venga garantito un trattamento di base e che il trasferimento al privato serva per asciugare le funzioni svolte dal settore pubblico, il che significa migliorare. Decentrando ai privati si elimina il sistema delle convenzioni, si abbassano i prezzi e si riducono i costi».

La trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende sanitarie locali, estromette gli Enti locali dalla gestione e trasferisce poteri e risorse alle regioni con un finanziamento per quota capitaria (un tot a residente) e la responsabilità della spesa. Nella sua prima formulazione l'articolo 9 del decreto legislativo 502/92 riguardava «Forme differenziate di assistenza» che permettevano alle regioni di disporre, in via sperimentale e per tre anni, l'uscita dal Ssn di un certo numero di residenti da affidare alle assicurazioni private: «Viene inoltre riconosciuta» sottolinea De Lorenzo «più libertà di scelta agli assistiti che potranno rivolgersi anche alle assicurazioni private, la cui efficienza sarà giudicata dal mercato».

Gli ospedali, scorporati dalle aziende sanitarie locali, sono organizzati come aziende autonome e rimborsati per ciascuna prestazione con tariffe (Drg) uguali sia per le strutture pubbliche che per quelle private che in questo nuovo contesto sono incoraggiate a stipulare con le Asl contratti più remunerativi. L'introduzione delle tariffe, la possibilità per i medici del servizio pubblico di lavorare anche in cliniche private, la libera scelta degli utenti sono tutte misure che favoriscono lo sviluppo del settore privato. Imprese private, laiche e religiose, erano presenti già prima dell'istituzione del Ssn ma avevano un peso minore regolato da convenzioni.

Controriforma del '92. La tutela della salute, diritto costituzionalmente garantito, si trasforma in un diritto finanziariamente condizionato; l'universalismo e la globalità di copertura insidiati dalla selezione delle prestazioni e dalla esclusione delle persone che provocano l'aumento della spesa privata delle famiglie e incentivano la crescita di mercati privati delle prestazioni sanitarie; una competizione fittizia con le imprese private accreditate e fra le stesse aziende pubbliche che produce un'interpretazione distorta del significato della aziendalizzazione come gestione oculata delle risorse pubbliche. Idee che presentano analogie inquietanti con i propositi annunciati dalla nuova destra oggi al governo. Anche adesso si sostiene che non si può più dare tutto a tutti, che il sistema è insostenibile per la finanza pubblica e che occorre aprire alle assicurazioni private, chiamate fondi sanitari integrativi, con un trucco linguistico che ne dovrebbe mascherare la vera natura.

Alle dimissioni di Giuliano Amato, il nuovo governo guidato da Carlo Azeglio Ciampi interviene con un decreto del ministro Mariapia Garavaglia a correggere gli aspetti più smaccati dell'apertura ai privati, senza tuttavia scongiurare tutti i rischi della controriforma De Lorenzo.

Con la vittoria elettorale dell'Ulivo, nel '96, il centrosinistra punta a una riforma del welfare, che Prodi definisce «la più grande conquista del XX secolo», con l'obiettivo di riqualificare e modernizzare settori chiave della crescita sociale e civile del Paese come scuola, sanità e assistenza. Per la sanità si trattava di verificare l'attualità della legge 833 che aveva istituito il Ssn in un quadro sociale ed economico profondamente mutato. La sfida era racchiusa nella domanda: è possibile coniugare l'utilizzo oculato ed efficiente delle risorse pubbliche con i principi di universalismo ed equità del Ssn?

La scelta di fondo della riforma che porta il mio nome fu quella della contestualità tra la tutela effettiva del diritto alla salute e le risorse necessarie. In questo modo si neutralizzava il potenziale conflitto fra la determinazione dei Lea, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, e il fabbisogno del Fondo sanitario nazionale, conflitto che avrebbe potuto compromettere l'esercizio concreto del diritto. La contestualità richiede infatti un'attenta e rigorosa programmazione per un corretto incontro tra domanda e offerta di salute.

Per spiegare cosa vuol dire la parola «essenziali» nei Lea, il decreto 229 ricorre al termine «appropriatezza». I livelli essenziali di assistenza non sono né minimi né appena sufficienti ma appunto essenziali, devono cioè garantire tutto ciò che risponde al bisogno di salute delle persone in modo uniforme ed efficace, secondo le migliori pratiche cliniche e con le risorse individuate contestualmente ai bisogni di salute della popolazione.

Il vecchio convenzionamento con il Ssn è stato sostituito con il cosiddetto sistema delle 3A (autorizzazione, accreditamento e accordo), con il quale il Ssn valuta qualità e sicurezza di tutti i soggetti che vogliono offrire prestazioni sanitarie. Il primo passo è l'autorizzazione, rilasciata a chi vuole costruire e gestire nuove strutture esclusivamente private, nel rispetto di alcuni requisiti tecnologici e professionali minimi. Il successivo è l'accreditamento per coloro che vogliono agire per conto del Ssn e devono perciò garantire standard superiori di appropriatezza dei servizi offerti. Il percorso si conclude con gli accordi contrattuali, stipulati con le regioni sul volume e il tipo di prestazioni che saranno rimborsati dalle Asl. L'accreditamento diventa così lo strumento che riconosce la complementarità del privato e disinnescava gli effetti perversi della concorrenza.

Per ogni profilo professionale, il decreto 229 ha previsto la relativa dirigenza, anche per favorire condivisione delle responsabilità e maggiore collegialità nei diversi servizi. Ma non c'è dubbio che la esclusività del rapporto di lavoro dei medici costituisce il cambiamento più radicale degli ultimi anni. Una scelta che indicava la volontà di valorizzare i professionisti, mettendo fine allo storico e implicito scambio tra i medici e lo Stato che può essere riassunto così: il Ssn non può pagarvi di più ma vi autorizza a svolgere anche attività privata nei vostri studi e nelle cliniche private con l'unico limite che si faccia al di fuori dall'orario di lavoro. Il decreto De Lorenzo, all'articolo 4, aveva di fatto esteso la possibilità del doppio lavoro ovunque e per tutti, e aveva fissato la percentuale di posti letto delle camere a pagamento nelle strutture pubbliche (dal 6 al 12 per cento del totale), percentuale lievemente abbassata con il successivo decreto Garavaglia.

Con la riforma, chi sceglieva il rapporto esclusivo avrebbe avuto un aumento di stipendio, l'accesso alle funzioni di direzione, la possibilità di svolgere anche attività privata regolata e trasparente nella struttura pubblica, la formazione permanente e la partecipazione al governo clinico dell'azienda. Mentre chi rinunciava all'esclusività non sarebbe diventato primario; al momento della scelta, nella primavera del 1999, oltre l'80 per cento dei medici dipendenti dal Ssn optò per il rapporto esclusivo. Un risultato più che incoraggiante se si pensa che nel '79, all'indomani della nascita del Servizio sanitario nazionale, ben il 48 per cento dei medici ospedalieri era a tempo definito.

Il Distretto diventa il cuore di un modello di assistenza che sa prendersi cura delle persone e non solo curare la malattia. Nel Distretto si interpretano i bisogni di salute della comunità e la loro evoluzione, si promuove la prevenzione e l'integrazione tra ospedale e territorio e tra servizi sociali e servizi sanitari. È la dimensione ottimale per garantire continuità assistenziale, le cure a domicilio e la presa in carico dei soggetti più fragili ai quali va offerta una gamma di servizi e percorsi di cura in un approccio multidisciplinare. Non a caso in questa legislatura si prepara anche la riforma dell'assistenza, un obiettivo a lungo perseguito di nuove politiche sociali che vedrà la luce con la legge quadro 328 del 2000.

Con il decreto 229 abbiamo voluto riprendere e aggiornare i principi della legge 833 stravolti dal tentativo di De Lorenzo di trasformare radicalmente nel 1992 la missione e l'organizzazione del Ssn. Con la parola d'ordine «debindizzare» la sanità, i ministri dei governi Berlusconi accantonano interi capitoli del decreto 229: l'accreditamento, la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, l'istituzione dei Distretti, la revisione delle tariffe, il Piano sanitario nazionale, l'integrazione socio-sanitaria, il regolamento sui fondi integrativi. Mentre altri, attuati in modo distorto come le regole per la libera professione intramuraria dei medici e per il contenimento delle liste d'attesa, producono effetti contrari a quelli per cui erano stati previsti.

Questa strategia si accompagna a politiche di contenimento della spesa, coerenti con la visione (mai pienamente esplicitata) della destra neoliberalista di ridimensionare i servizi pubblici. Nel 2005 il governo Berlusconi impone a tutte le regioni un tetto alla spesa per il personale e successivamente, con la Finanziaria per il 2006 vara la disciplina dei commissariamenti e dei Piani di rientro dal disavanzo. Le regioni con i conti in rosso (le soglie del disavanzo erano fissate inizialmente al 7 per cento e sono poi scese dal 2010 al 5 per cento) devono contenere i costi con un ventaglio di misure: aumento delle tasse regionali, nuovi ticket, esternalizzazione di alcuni servizi ecc.; e con la minaccia di commissariamento se non raggiungono l'equilibrio dei bilanci. Misure potenziate dalle politiche di austerità introdotte nel 2011-2013 dal governo Monti e successivamente ulteriormente affinate. Nel corso degli anni, quasi la metà delle regioni ha dovuto concordare con il governo piani di rientro dal deficit, e alcune sono state commissariate.

La drastica riduzione dei posti letto ospedalieri, imposta con la spending review del 2011 non è stata accompagnata dal potenziamento dell'assistenza territoriale centrata su un nuovo ruolo dei medici di famiglia, previsto da un decreto del ministro Balduzzi e vanificata dalle pressioni sindacali. La spesa sanitaria che dal 2000 al 2010 era passata da 68 a 113 miliardi, con una crescita del 5 per cento l'anno, è diminuita di oltre tre miliardi nel periodo della crisi, tanto che nel 2013 si era ridotta a meno di 110 miliardi per poi riprendere lentamente a crescere in valore assoluto ma non in rapporto al Pil.

Ben prima dell'autonomia differenziata abbiamo infatti avvertito gli effetti di una sorta di federalismo d'abbandono. Lo Stato ha rinunciato a finanziare il Fondo sanitario nazionale in modo adeguato ai bisogni di salute di una popolazione che invecchiava, e ha lasciato alle regioni un'inedita libertà di manovra. La nuova autonomia del Titolo V è stata interpretata come un «liberi tutti» che autorizzava le regioni a sperimentare formule organizzative e gestionali tra le più diverse in ambiti decisivi del sistema come il rapporto tra pubblico e privato, la medicina del territorio, l'integrazione socio-sanitaria. Il Ministero della Sanità, prima soppresso e poi ripristinato con la nuova

denominazione Ministero della Salute, ormai indebolito e impoverito delle necessarie competenze, non è stato capace di verificare la coerenza tra le scelte regionali e i principi del Servizio sanitario nazionale. In poche parole ha rinunciato a governare il sistema.

La naturale conseguenza di tutto questo è stata una progressiva e inesorabile «privatizzazione da abbandono» che ha prodotto un nuovo sistema delle cure sanitarie, molto diverso dal disegno originario che è bene conoscere più da vicino nella sua composizione.

2. Una crisi di sistema?

La magistratura contabile sottolinea che da anni si manifesta «in modo lento ma costante» il passaggio «da un Servizio sanitario nazionale incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato». Il passaggio da un Servizio sanitario nazionale a una sommatoria di Servizi sanitari regionali e la mutazione di un sistema pubblico verso un sistema di mercato. La manifestazione più rilevante di quella cultura neoliberista che ha pervaso gran parte delle scelte effettuate negli ultimi decenni: il sottofinanziamento e la sua più evidente conseguenza sulla dotazione del personale sanitario.

Si conferma il razionamento delle risorse destinate alla sanità pubblica, certificato anche con l'ultima legge di bilancio che assegna, per l'anno 2025, al Fondo sanitario nazionale 136,5 miliardi di euro, pari al 6 per cento del Pil, una percentuale mai così bassa dagli inizi di questo secolo. Il confronto va fatto tenendo conto sia del rapporto con il Pil sia dell'inflazione che del fabbisogno, tutte variabili che Meloni ha ignorato e che invece servono a fotografare la realtà. E la realtà, anche senza considerare l'impatto sulla crescita economica e sull'inflazione che avrà la guerra dei dazi scatenata dal presidente Trump, è molto amara e non prevede alcun aumento delle risorse a disposizione.

Anzi il confronto tra finanziamento e spesa sanitaria, stimata quest'ultima pari a circa 143 miliardi, mostra che per l'anno in corso all'appello mancano per garantire la tutela della salute degli italiani quasi 7 miliardi di euro. Insomma, ancora una volta le risorse pubbliche non basteranno, mentre è molto alto il rischio di nuovi disavanzi per i Servizi sanitari regionali, che l'Ufficio parlamentare di bilancio quantifica in poco meno di 12 miliardi nel 2027. E nuovi disavanzi preannunciano nuovi tagli o nuove tasse.

Come afferma la Corte dei conti, «nonostante l'aumento disposto dalla legge di bilancio, l'importo previsto a copertura del fabbisogno sanitario nazionale standard si conferma, in rapporto al prodotto, in graduale flessione: nel triennio 2024-2027 si riduce di due decimi di punto (dal 6,1 del 2024 al 5,9 per cento del 2027)». Il defianziamento ha penalizzato non solo la spesa corrente ma anche gli investimenti nella messa in sicurezza e nell'ammodernamento degli edifici, nelle tecnologie e nella ricerca. E si dovrà aspettare il piano europeo post pandemia per finanziare dopo oltre vent'anni un programma di riqualificazione edilizia degno di questo nome.

La prima e più grave conseguenza del sottofinanziamento della sanità si registra sulla risorsa più importante, il personale. Anche se in Italia ci sono 4,1 medici per mille abitanti, sostanzialmente pari alla media della UE, la questione è più complessa come cercherò di descrivere. Dobbiamo infatti tener conto di alcuni fattori che rendono più problematica la nostra situazione. In Europa siamo il Paese con la quota più alta di medici anziani e con carichi di lavoro più elevati. Inoltre, il personale medico non è distribuito in modo adeguato sia tra le regioni sia all'interno di una stessa regione: zone interne, piccoli comuni hanno carenza di medici. Infine, sono in sofferenza settori fondamentali, come medicina d'emergenza e urgenza, terapia intensiva, radioterapia, chirurgia generale, malattie infettive, medicina nucleare, psichiatria.

In queste specialità si registra anche un ritmo di invecchiamento più veloce. Un altro problema nasce dalla fuga di molti medici e infermieri verso il privato e altri Paesi europei. Più difficile è la situazione degli infermieri. Nell'ultimo congresso della Fnopi sono stati illustrati numeri impietosi: la percentuale degli infermieri è scesa a 5,6 per mille abitanti, tra le più basse d'Europa. Ma lo scostamento con i principali Paesi dell'Unione diventa drammatico se facciamo il confronto sulla popolazione più anziana, in cui le esigenze assistenziali aumentano: in Italia ci sono 61,6 infermieri per mille anziani sopra i settantacinque anni, mentre in Germania, Francia e Spagna ne hanno in media 122,3. Per la prima volta dal 2011, anche i laureati in scienze infermieristiche sono scesi sotto i diecimila mentre crollano le immatricolazioni ai corsi di laurea, nonostante un aumento di posti disponibili. Altrettanto elevato il numero di infermieri che ha deciso di cancellare l'iscrizione all'Ordine, requisito essenziale per esercitare la professione: ben 42.713 negli ultimi quattro anni, di cui 10.230 solo nel 2024.

Queste criticità richiederebbero, secondo l'Istat, «un attento sforzo di programmazione delle politiche, che dovrà coinvolgere anche i percorsi di istruzione e formazione, al fine di rispondere alla domanda crescente di cure ed evitare al contempo la creazione di un imbuto formativo e di un possibile imbuto occupazionale». Per i prossimi dieci anni non si tratta di abolire il numero programmato dei medici, ma di trattenere quelli che ci sono e quelli che sono all'interno del percorso formativo programmando le specialità in base al fabbisogno.

Diminuzione della spesa per gli stipendi dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale. È un segnale allarmante perché questa è una spesa essenziale per cui i riflessi sul peggioramento della qualità dei servizi diventa inevitabile. Nell'ultimo decennio questa spesa ha registrato una progressiva contrazione a favore di un incremento della voce «beni e servizi»: nel 2012 rappresentava il 33,5 per cento, nel 2023 si è attestato al 30,6 per cento. Sulla criticità influisce anche il livello della retribuzione: medici e infermieri italiani occupano le ultime posizioni nella graduatoria degli stipendi in Europa a causa del blocco della contrattazione collettiva, riavviata di recente ma senza il recupero dell'inerzia del decennio passato.

Il blocco delle assunzioni non è stato abolito e per il personale sono previsti pochi spiccioli per aumentare alcune indennità per chi ha già carichi di lavoro considerevoli nei pronto soccorso, per i veterinari e gli infermieri. Viene innalzata a settant'anni la possibilità di restare in servizio mentre per i soli infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale si introduce la flat tax al 5 per cento per il lavoro straordinario. I direttori generali delle aziende hanno fatto ricorso ai cosiddetti «gettonisti», medici e infermieri reclutati attraverso cooperative o agenzie interinali con spese molto superiori al costo dei lavoratori dipendenti, ma che non influiscono sulla voce di bilancio «costi del personale» bensì sulla voce «beni e servizi»: uno stratagemma per aggirare il divieto di aumento della spesa del personale, anacronistico, e, paradossalmente, fonte di maggiore spesa. I gettonisti sono pagati fino al 30 per cento in più dei colleghi dipendenti, con una spesa per le Asl che ammonta a 457,5 milioni di euro per il 2024.

Anche sul versante decisivo della formazione, l'esecutivo si è mosso alternando demagogia e incompetenza. Salutata come un addio al test d'ingresso, la riforma dell'accesso alla Facoltà di medicina, approvata nel marzo 2025, si è rivelata un pasticcio; la selezione è solo posticipata di sei mesi, mentre le Facoltà, senza risorse e senza spazi adeguati dovranno ripiegare sui corsi online, come ai tempi del Covid, per far fronte all'inevitabile aumento delle iscrizioni, anziché assumere la responsabilità di una programmazione corretta, più coerente con i bisogni di salute emergenti, il governo adotta fuori tempo una misura che non risolve i problemi. Altrettanto miope appare il ritardo nella definizione di un percorso di specializzazione per i medici di famiglia che preveda un corso universitario al pari delle altre specialità.

Non va sottovalutato il fenomeno delle aggressioni al personale che spiega anche la fuga dal Ssn: nel 2024 sono state 18mila con un aumento del 33 per cento rispetto all'anno precedente, nella maggior parte le vittime sono infermieri. Si tratta di una preoccupante novità nel rapporto di fiducia con i medici e le strutture del Servizio sanitario nazionale. Secondo gli ultimi dati oltre il 50 per cento degli accessi nei pronto soccorso non è appropriato con inevitabile congestionamento dei servizi di emergenza. Numerose indagini condotte nelle aziende hanno reso evidenti le cause di maggiore criticità: scarsa valorizzazione del personale da parte dei dirigenti, inadeguata retribuzione, insorgenza di stress a causa di gravosi turni di lavoro. Inoltre i processi di crescita dimensionale delle aziende sanitarie hanno limitato le possibilità di carriera per i professionisti: sono state infatti ridotte di oltre il 30 per cento le posizioni di direzione ed è evidente che mancando prospettive di miglioramento di carriera molti giovani medici abbiano scelto altri percorsi lavorativi.

3. Il sistema ibrido

Nel 2023 abbiamo speso per curarci 176 miliardi di euro: tre quarti li ha messi il Fondo sanitario nazionale grazie alle nostre tasse ma un quarto, per la precisione 45,3 miliardi, viene direttamente dalle nostre tasche. Oggi abbiamo di fatto un sistema misto, molto diverso dal disegno originario tracciato con la legge del 1978 e riconfermato dalla riforma del 1999. Tre grandi blocchi. Primo blocco: mercato della produzione di prestazioni sanitarie da parte di strutture private finanziate però dal pubblico. Si tratta di un mercato del tutto particolare. È amministrato dalle regioni per quanto riguarda l'accreditamento e la selezione dei fornitori, mentre le tariffe e i tetti di spesa sono definiti dallo Stato ma la produzione di servizi e prestazioni è in mano ai privati. Questo blocco assorbe circa 26,9 miliardi di euro, un quinto del bilancio del Ssn.

In questa cifra non è compresa un'altra forma con cui il denaro pubblico finanzia attività private e che va comunque tenuta presente per comprendere la complessità delle relazioni fra pubblico e privato. Si pensi all'utilizzo della finanza di progetto, meglio conosciuto come project financing, a cui si ricorre per commissionare ai privati opere

che la struttura pubblica non riesce a finanziare e che poi in genere affida in gestione, in tutto o in parte, a chi ha svolto i lavori. Finanziamenti che andranno comunque restituiti agli investitori privati con tanto di interessi.

Il secondo blocco è il mercato della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie. È la spesa detta out-of-pocket, che esce direttamente dalle nostre tasche e secondo l'Istat si aggira attorno a poco più di 45 miliardi. Mentre per la Ragioneria generale dello Stato, che la ricava dalla tessera sanitaria di ciascuno di noi per inserirla nella dichiarazione dei redditi precompilata, sarebbe un po' di meno: circa 43 miliardi ma è possibile che anche per la sanità certe prestazioni siano pagate in nero. Si stima che per la sanità ben l'8,6 per cento delle famiglie a basso reddito vada incontro a «spese catastrofiche» superiori cioè al 40 per cento delle risorse disponibili dopo quelle sostenute per l'alimentazione, le utenze e la casa.

Infine c'è il blocco del mercato della spesa privata intermediata, gestita da fondi, casse mutue e assicurazioni. È un settore in crescita in cui troviamo fondi istituiti con i contratti di lavoro, il cosiddetto welfare aziendale, le Casse istituite da alcuni ordini professionali, o da grandi aziende e istituti bancari, ma anche le Società di mutuo soccorso, in genere aperte a tutti. Le persone iscritte a questi enti sono molto numerose, quasi un quarto della popolazione italiana ma la spesa privata che amministrano è meno di un decimo del totale. Una quota relativamente piccola oggi, destinata a crescere se andrà in porto il progetto del governo Meloni che punta a farne «la seconda gamba» della assistenza sanitaria, un sistema parallelo al Servizio sanitario nazionale, ma finanziato dalle risorse delle famiglie. Si chiameranno premi, come quelli delle assicurazioni auto, le risorse che la presidente del Consiglio chiederà in più ai cittadini per curarsi e apparire come una statista che non ha aumentato le tasse. Ma non basta cambiare il nome alle cose per nascondere la realtà di un nuovo prelievo dalle tasche degli italiani.

Questi tre mercati possono incrociarsi e sovrapporsi nel percorso di assistenza alla stessa persona e a volte può avvenire persino dentro la stessa impresa. Pensiamo ad esempio a una persona che deve sottoporsi a un intervento di protesi d'anca. L'intervento può essere fatto a pagamento sia in una clinica privata che nella struttura pubblica, in regime di libera professione intramoenia. In genere però viene eseguito gratuitamente sia in strutture pubbliche che in case di cura private accreditate. Queste ultime, grazie al convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, assicurano l'intervento gratuitamente ma può succedere che il paziente paghi le visite e gli esami necessari per prepararsi all'intervento o le cure successive, mettendo eventualmente a carico di fondi o assicurazioni quelle più impegnative e costose, come ad esempio una Tac.

Il finanziamento pubblico assicura stabilità di bilancio, quello da fonti private è una vantaggiosa diversificazione dei guadagni che non di rado può prestarsi ad abusi difficili da controllare. Ma dove si orienta la spesa privata sostenuta dal 75 per cento delle famiglie italiane? Oltre la metà, il 53 per cento, è destinata all'acquisto di visite mediche specialistiche, di esami diagnostici di laboratorio, di spese odontoiatriche e prestazioni di psicologi, infermieri e fisioterapisti, mentre il 13 per cento all'assistenza ospedaliera. Una parte importante di questa spesa è conseguenza delle lunghe liste d'attesa e della ritirata del Servizio sanitario nazionale da interi settori, come quello delle cure dentali che da sole assorbono 8 miliardi di spesa privata. E non bisogna dimenticare che milioni di persone per evitare queste spese rinunciano semplicemente alle cure.

La spesa privata per i farmaci, oltre 10 miliardi, costituisce un capitolo a sé. È una delle voci più alte nei bilanci per la salute delle famiglie italiane, specie di quelle più povere, dove supera anche quella per le cure dentali. Le cause sono diverse e richiedono interventi differenziati. C'è la spesa per i ticket che è stata mantenuta soltanto da alcune regioni. Poi c'è quella dovuta alla differenza di prezzo fra farmaci generici e i corrispondenti farmaci «originatori» o «griffati» come vengono spesso definiti. La disponibilità a pagare il ticket per una medicina più costosa ma con la stessa efficacia del generico totalmente gratuito, rivela un pregiudizio diffuso verso questi farmaci che le regioni dovrebbero contrastare con efficaci campagne informative, in collaborazione con i medici.

C'è poi la spesa per i farmaci esclusi dalla copertura del Ssn e pagati a prezzo pieno, quelli che curano patologie di lieve entità o, comunque, non sono considerati essenziali o salvavita, tra questi ci sono anche alcuni farmaci che, come gli anticoncezionali, hanno un rilevante interesse sociale. La proposta di trasferirli a carico del Servizio sanitario nazionale elaborata all'unanimità dalla Commissione tecnica della Agenzia italiana per il farmaco (Aifa) è stata prima rinviata dal Consiglio di amministrazione «per approfondimenti» e poi silenziosamente archiviata senza alcuna motivazione. Non va dimenticata, infine, la spesa per i prodotti da banco, acquistati direttamente in farmacia senza ricetta medica, in gran parte ampiamente pubblicizzati. Appartengono a questa categoria gli integratori alimentari per indicazioni fantasiose che vanno dalla protezione contro le infezioni a quella contro gli acciacchi dell'età. Anche in questo caso, l'informazione corretta sugli stili di vita e contro la «medicina delle illusioni» potrebbe essere di qualche utilità.

L'Agenzia seleziona i farmaci e ne stabilisce il prezzo per il Servizio sanitario nazionale, negoziandolo con i produttori. I farmaci ammessi al rimborso del Servizio sanitario nazionale rappresentano una sorta di livelli essenziali di assistenza in campo farmaceutico che, come quelli degli altri ambiti, devono essere definiti in base a efficacia e appropriatezza d'uso e garantiti uniformemente sul territorio nazionale. L'accesso ai farmaci autorizzati dall'Agenzia europea per i medicinali (Ema) è fra i più estesi e rapidi a livello europeo: in Europa, l'Italia è seconda dopo solo la Germania. Dall'altro, la spesa farmaceutica a carico del Ssn è sostanzialmente sotto controllo, malgrado l'aumento dei prezzi e dei costi degli ultimi anni: era il 12 per cento della spesa complessiva nel 1980, il 16 per cento nel 2003 e il 18 per cento nel 2022.

Una volta che i prezzi dei singoli farmaci sono stati negoziati centralmente, la definizione del tetto di spesa rappresenta una sorta di accordo sui volumi dei consumi farmaceutici, in cui all'aumentare del volume degli acquisti il prezzo si riduce. Non mancano però problemi, anche seri, come l'eccessivo ricorso agli antibiotici, che nel nostro Paese non accenna a diminuire. In Italia, dove tutti gli indicatori epidemiologici segnalano la gravità del fenomeno, compreso il numero di decessi pari a un terzo di quelli registrati nel resto dell'Europa, non si vedono interventi incisivi e tempestivi.

Nel 2023 circa un quarto della spesa complessiva per servizi sanitari è stata sostenuta dalle famiglie mentre attorno al 40 per cento dei servizi e delle prestazioni è prodotta da imprese sanitarie private. Per una quota significativa della popolazione, l'accesso ai servizi sanitari è ormai determinato dalla capacità economica dei singoli e delle famiglie o dall'appartenenza a categorie privilegiate di lavoratori che possono contare su fondi sanitari aziendali. Il diritto alla salute è tornato a essere condizionato dalle disponibilità economiche a tal punto che quasi 6 milioni di italiane e italiani rinunciano a curarsi.

Piano strutturale di bilancio 2025-2029, che prevede «il potenziamento e l'ordinato sviluppo dei pilastri complementari di previdenza e sanità» e «lo sviluppo e il riordino degli strumenti per la sanità integrativa». Il Piano non ha in proposito indicato numeri, ma il presidente della Commissione affari sociali del Senato Francesco Zaffini, di Fratelli d'Italia, ha autorevolmente fissato l'obiettivo nel raddoppio, da 14 a 30 milioni, degli iscritti a fondi o assicurazioni sanitarie.

I sistemi universalistici sono infatti più economici sia per il bilancio dello Stato che per le tasche dei cittadini; ma quel che conta di più è che sono più efficaci anche dal punto di vista del bilancio salute. Le assicurazioni, infatti, funzionano basandosi sul principio della selezione: selezione degli iscritti, in base alle condizioni di salute, e selezione della copertura calcolata sul valore della polizza e tutte adottano strategie per contenere i rimborsi. Molto spesso stabiliscono una franchigia e definiscono massimali per cui tutte le spese sanitarie al di sotto o al di sopra rispettivamente di una certa cifra restano a carico dell'assicurato, o dell'iscritto al fondo, non fa differenza da questo punto di vista. Le assicurazioni si preoccupano dei loro clienti non della popolazione: pertanto coprono le spese per le attività di prevenzione individuale, come ad esempio alcuni screening, ma non la prevenzione primaria. Dal momento che il sistema assicurativo si limita a rimborsare la malattia e non promuove la salute è un sistema che incoraggia la produzione di prestazioni.

La prospettiva è quella di un sistema a più velocità. Malgrado ciò la tentazione di ridimensionare il sistema pubblico con le assicurazioni private si ripropone ciclicamente. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha cancellato il sistema delle mutue di categoria ma ha conservato aperta la via delle «mutue volontarie», un residuo del passato che comunque non potevano essere finanziate da alcuna azienda o ente pubblico.

L'idea di riaprire al sistema assicurativo si fa strada con la controriforma De Lorenzo che nel '92, come abbiamo visto, aveva previsto la fuoriuscita di una parte degli assistiti verso forme di assistenza alternative. Il governo Ciampi ferma questo tentativo con il decreto Garavaglia n. 517 del '93, che trasforma le «forme alternative» in «forme integrative». A metà degli anni Novanta, il settore delle casse volontarie non è ancora regolato e interessa una platea limitata di categorie privilegiate (come giornalisti, dirigenti d'azienda) ma può contare su importanti vantaggi fiscali, nessun tetto era infatti previsto alla deducibilità fiscale dei contributi versati. Il governo Prodi interviene con un approccio coerente con le finalità del sistema pubblico: fissando nel '97 un tetto, fino a 7 milioni di lire, alle detrazioni fiscali. Successivamente il governo D'Alema, decreto 229, ha istituito i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Nella riforma del '99 i fondi integrativi sono finalizzati «a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza». I fondi integrativi, definiti anche fondi Doc, rimborsano solo prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza, integrate con quelle del Servizio sanitario

nazionale, fornite da professionisti e da strutture accreditate, come ad esempio le cure odontoiatriche ma anche il costo dei ticket, delle prestazioni in libera professione intramuraria e le quote a carico dell'assistito per i ricoveri in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali.

Come realizzare la distinzione fra fondi integrativi dei livelli essenziali di assistenza e fondi sostitutivi dei livelli essenziali di assistenza? Mediante la leva fiscale e per questo con il decreto legislativo 41/2000 i fondi davvero integrativi avrebbero beneficiato di agevolazioni crescenti mentre ai fondi sostitutivi sarebbe stato ridotto progressivamente il vantaggio fiscale. Ma con il cambio di governo avvenuto dopo pochi mesi, cambia l'orientamento politico e viene capovolta l'impostazione della riforma: i successivi governi Berlusconi ripristinano i benefici fiscali dei fondi sostitutivi, penalizzando così il decollo dei fondi integrativi Doc e creando il presupposto per la nascita del secondo pilastro. Nel marzo del 2008 un decreto ministeriale equipara i vantaggi fiscali per entrambe le tipologie e riconosce le agevolazioni fiscali ai fondi che dichiarano di erogare almeno il 20 per cento delle prestazioni integrative, il che significa che ai fondi non Doc e sostitutivi rimane fino all'80 per cento del mercato delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza.

Con la nuova definizione è caduta la differenza originaria fra fondi Doc e non. Nel decreto 229 erano Doc solo i fondi che coprivano per il 100 per cento prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza; dal 2008 diventano Doc tutti quelli la cui spesa è destinata per almeno il 20 per cento a prestazioni oltre i livelli essenziali di assistenza, perciò anche a questi doveva essere riservata l'agevolazione fiscale inizialmente stabilita solo per i fondi integrativi previsti nella mia riforma. La spinta più rilevante allo sviluppo dei fondi integrativi avviene poi con le agevolazioni previste dal governo Renzi a partire dalla legge di stabilità del 2016 che permette alle aziende di erogare i premi di risultato sotto forma di servizi o welfare aziendale, modificando in tal senso anche i contratti di lavoro. La stratificazione di interventi fiscali e normativi ha stravolto l'impianto originale della riforma del '99, che aveva immaginato le forme di assistenza integrativa come uno strumento per portare dentro il sistema pubblico una parte della spesa privata delle famiglie, garantendo l'appropriatezza e senza intaccare il principio di universalità.

Nel 2023, secondo il Ministero della Salute, erano iscritti all'anagrafe 324 fondi di origine principalmente negoziale che dichiarano 16,2 milioni di iscritti e una spesa complessiva di 3,2 miliardi di euro, di cui solo un terzo è dedicata a prestazioni integrative, non incluse nei livelli essenziali di assistenza. I fondi di tipo A, o fondi Doc di natura effettivamente integrativa del Servizio sanitario nazionale, secondo la definizione originaria, sono soltanto 13, il 4 per cento del totale con una spesa di appena 1,2 milioni di euro, dedicata quasi esclusivamente a prestazioni odontoiatriche.

Con la crescita degli iscritti gran parte dei fondi esternalizza a compagnie assicurative le funzioni assicurative e, spesso, anche la gestione dei rapporti con gli iscritti e con le strutture sanitarie. La ibridazione dei fondi con le compagnie assicurative e con broker gestionali spesso controllati dalle stesse compagnie espone anche questo settore ai problemi tipici del sistema assicurativo. Nel maggio 2024, ad esempio, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato (Agcm) ha sanzionato per 2,5 milioni di euro una importante compagnia assicuratrice e per 1 milione di euro il suo broker gestionale per aver adottato comportamenti scorretti nei confronti dei loro associati, quali ritardi ingiustificati nella definizione delle pratiche di rimborso e il rigetto immotivato di richieste di rimborso e di autorizzazione alle prestazioni sanitarie in forma diretta.

Conviene ricordare che l'espansione della «sanità integrativa» ha un costo in termini di spesa fiscale: concentra i benefici sugli iscritti e distribuisce gli oneri fra tutti i contribuenti. L'obiettivo della maggioranza di governo di raddoppiare il numero di iscritti farebbe raddoppiare anche il minor gettito calcolato sulle spese fiscali che già oggi la Banca d'Italia stima in 3,4 miliardi di euro. Sviluppare il secondo pilastro ha effetti perversi sulla equità e sulla efficienza del Servizio sanitario nazionale: sulla equità perché amplia le disuguaglianze fra persone che possono accedere ai fondi e quelle che per età o condizione lavorativa ne sono escluse e ha effetti regressivi in termini economici perché avvantaggia chi ha redditi più elevati; sulla efficienza perché moltiplica i livelli burocratici, introduce ulteriore frammentazione nel sistema di offerta dei servizi ove si annidano aree di diffusa inappropriata.

4. Fare profitti o fare salute?

Il settore privato è in grande trasformazione, sia nelle sue imprese di produzione di servizi sanitari che per il loro finanziamento. In Italia abbiamo un gran numero di strutture e case di cura private. La maggior parte è piccola, il 57 per cento ha meno di cento posti letto, e si rivolge alla popolazione locale, della provincia. Accanto a loro, sono

emersi negli ultimi anni alcuni grandi gruppi di imprese, vere holding articolate in molteplici sedi operative, spesso presenti in molte regioni e talora anche sul mercato europeo.

Mediobanca nell'ultimo Rapporto sui principali operatori privati riferisce che in Italia nel 2022 le imprese sanitarie private con più di 100 milioni di fatturato erano 31, con 32.587 posti letto e un fatturato complessivo di quasi 11 miliardi di euro. Le prime cinque imprese per fatturato hanno realizzato nel 2022 ricavi per oltre 5 miliardi di euro: si tratta dei gruppi Papiniano, Humanitas, Gruppo Villa Maria, Fondazione Gemelli, Kos.

Un capitolo urgente su cui intervenire è quello delle tariffe che valgono sia per le aziende sanitarie pubbliche che per le imprese private e che hanno rilevanti ricadute nelle compensazioni fra regioni per la mobilità interregionale. Ogni prestazione erogata dalle strutture pubbliche e dai privati accreditati è pagata con una tariffa predeterminata che ne calcola il costo complessivo. Le tariffe sono comprese in tre categorie differenti: le tariffe per ricoveri in ospedale, i cosiddetti Drg che calcolano il costo medio dell'assistenza richiesta per ogni ricovero ospedaliero; le tariffe per le analisi, gli esami diagnostici e le visite specialistiche, elencate nel Nomenclatore nazionale che fissa il prezzo di ogni prestazione; e infine le tariffe associate alla fornitura di dispositivi e protesi (carrozine, materassi ortopedici, cateteri ecc.) inserite nel Nomenclatore protesico.

Le tariffe introdotte con il decreto De Lorenzo hanno sostituito il vecchio sistema di rimborsi calcolati sulle giornate di degenza e insieme all'aziendalizzazione dovevano migliorare la gestione e l'efficienza delle aziende sanitarie e garantire l'appropriatezza delle prestazioni. Ma l'attuazione di queste innovazioni ha rivelato con il tempo gravi distorsioni. Innanzitutto perché il compito principale delle aziende private è antitetico a quello delle aziende pubbliche: le prime, pur svolgendo funzioni di cura, hanno comunque la finalità del profitto, le seconde debbono prendersi cura efficacemente delle persone valutando il costo della prestazione come un regolatore, mai come finalità prioritaria. È così che i Drg si sono rivelati, per le aziende private, un efficace strumento per incrementare i guadagni a prescindere, spesso, dall'appropriatezza delle prestazioni. Ne hanno tratto vantaggio le aziende private accreditate (cliniche, poliambulatori, laboratori) selezionando le prestazioni meno costose e più redditizie e si sono moltiplicati i casi di dimissioni precoci dai reparti ospedalieri.

Inoltre, il sistema di tariffe preordinate se stabilisce con buona approssimazione il costo di un'appendicite o l'impianto di un pacemaker, appariva inadeguato a misurare i costi di prestazioni più complesse comunque previste nei livelli essenziali di assistenza, come i trapianti, le malattie rare, la salute mentale, programmi di prevenzione ecc. Per evitare di penalizzare queste attività privando i cittadini di cure necessarie, nel decreto 229 avevamo previsto di affiancare alle tariffe anche la remunerazione per funzioni assistenziali, sono state inoltre regolamentate le modalità di aggiornamento delle tariffe, e sono stati previsti i necessari controlli anche sulla appropriatezza. Il sistema delle tariffe, avrebbe dovuto essere aggiornato ogni tre anni ma in questi vent'anni le revisioni sono state estremamente limitate e totalmente assenti nel campo della specialistica e della protesica.

Il decreto 229 chiarisce la funzione e il fine dell'azienda sanitaria che è appunto quello di garantire, nel territorio di riferimento, la salute delle persone organizzando i servizi, le prestazioni, i presidi necessari e attuando gli obiettivi del Piano sanitario nazionale e regionale. All'azienda si chiede di ispirarsi al criterio di economicità, tipico di tutte le aziende pubbliche, che impone il corretto uso delle risorse pubbliche perché queste non sono infinite. La salute, non ha prezzo, ma la sanità ha un costo che impone di combattere gli sprechi, di ricercare le soluzioni più efficaci, ma anche meno costose. Se il denaro pubblico viene speso male a risentirne di più sono i fragili, i deboli, i poveri, non certo i ricchi. Il criterio di economicità non può essere ridotto semplicemente al pareggio di bilancio come purtroppo si è imposto ai direttori generali prevedendo addirittura un premio per chi lo raggiunge. Il corretto uso delle risorse è il mezzo, non il fine. E nessun pareggio di bilancio può essere considerato virtuoso se lo si raggiunge operando tagli ai servizi e mettendo a rischio i livelli essenziali di assistenza.

È previsto che l'azienda sia guidata da un direttore generale che ha il compito di raggiungere gli obiettivi di salute indicati dalla politica con la programmazione. Ma il governo dell'azienda non può essere monocratico perché la sanità funziona se ogni professionista viene coinvolto nelle scelte e se l'azienda dialoga con le comunità locali e con i loro rappresentanti. Nella riforma del '99 si parla di governo clinico dell'azienda e si prevedono strumenti perché tutto il personale sanitario e le rappresentanze dei cittadini siano coinvolte nelle strategie aziendali.

Il rapporto pubblico-privato investe anche i professionisti della sanità pubblica. Il doppio lavoro dei medici, sia nel pubblico che nel privato, era una prassi consolidata nella sanità italiana fin dai tempi dell'Unità d'Italia, di cui le autorità sanitarie e la politica hanno di fatto preso atto. La riforma del '78 stabiliva che il rapporto di lavoro dei medici con il Servizio sanitario nazionale poteva essere a tempo pieno e a tempo definito e regolava la libera

professione in entrambi i casi: più limitata e circoscritta ai servizi della struttura pubblica per i medici a tempo pieno; più estesa alle strutture private, purché al di fuori dell'orario di lavoro, per i medici a tempo definito. Alla fine degli anni Ottanta, il contratto di lavoro siglato dal ministro Donat-Cattin aveva tentato di favorire la scelta del tempo pieno e aveva limitato la libera professione per i medici a tempo definito con un generico divieto a esercitarla «in contrasto con gli interessi e i fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale».

In quegli anni il fenomeno del doppio lavoro si associava anche all'ingresso di clinici e professori universitari nella proprietà di alcune cliniche private, tant'è che la legge finanziaria del '91 aveva introdotto le prime incompatibilità, come il divieto per i medici del servizio pubblico di essere azionisti o proprietari di cliniche private. Un tentativo vanificato solo un anno dopo dal ministro De Lorenzo che con il decreto legislativo 502 fa dell'attività libero professionale un elemento caratterizzante della controriforma del 1992. Non ci sono più limiti: tutti i medici, sia quelli a tempo definito che a tempo pieno, potranno esercitare la libera professione fuori dall'orario di lavoro e ovunque, sia nelle cliniche private sia in quelle convenzionate. La riserva di posti letto a pagamento negli ospedali pubblici appare subito di difficile attuazione e così si giustifica e si tollera il passaggio a fine turno negli studi o nelle cliniche private, spesso collocate intorno ai grandi ospedali pubblici.

È dunque un falso storico quello che viene propalato sia da politici di destra sia da alcuni commentatori di sinistra, secondo il quale sarebbe mia la responsabilità di aver inventato la libera professione intramuraria, autorizzato il doppio lavoro dei medici e la conseguente esplosione delle liste d'attesa. In realtà è tutto il contrario. La mia riforma provò a mettere un freno al far west che si andava diffondendo e per questo venne introdotta l'esclusività di rapporto per tutti i medici del Servizio sanitario nazionale.

Una innovazione che sarebbe diventata un obbligo per i nuovi assunti a partire dall'anno 2000 mentre i medici in servizio dovevano scegliere fra il rapporto di lavoro esclusivo con il Servizio sanitario nazionale e la libera professione cosiddetta extramuraria. Si stabiliva, insomma, l'incompatibilità tra il lavoro nel sistema pubblico e quello nelle cliniche private. Il medico che sceglieva il rapporto esclusivo con il Servizio sanitario nazionale poteva svolgere attività libero professionale solo nell'interno della struttura pubblica, la cosiddetta intramoenia, applicando tariffe concordate con l'azienda. Ma doveva anche garantire che le ore riservate all'attività istituzionale fossero prevalenti ed essere disponibile a partecipare ai programmi aziendali di riduzione delle liste d'attesa. Nel nuovo contratto di lavoro che venne siglato nel 2000 furono stanziati consistenti risorse aggiuntive per i medici che avevano optato per il rapporto esclusivo e contestualmente fu approvato un decreto che destinava parte dei finanziamenti dell'edilizia ospedaliera alla creazione, nelle aziende sanitarie, di spazi riservati alla libera professione. Il rapporto di lavoro esclusivo costituiva inoltre un requisito indispensabile per accedere alla direzione di reparti, dipartimenti, unità operative.

Riforma del '99. Da un lato l'obiettivo era di affermare un principio sacrosanto come quello dell'esclusività di rapporto e il primato dell'attività pubblica, dall'altro dare ai medici l'opportunità di svolgere, senza sottrarre tempo all'attività istituzionale, anche la libera professione e ai pazienti di esercitare la libertà di scelta e stabilire un rapporto personalizzato con il professionista. Sono rimaste lettera morta le misure varate fin dal 1998 per ridurre le liste d'attesa, che consentivano ai cittadini di rivolgersi alla libera professione dei medici pagando solamente il ticket, qualora l'azienda pubblica non avesse rispettato i tempi indicati per la prestazione richiesta. Norme mai abolite, che infatti la presidente Meloni ha copiato in un provvedimento nell'estate del 2024, vantandosi di una soluzione «a cui nessuno aveva mai pensato prima», che in realtà risale a quasi trent'anni fa.

A conti fatti, tra il '96 e il '99 con diversi provvedimenti sulla libera professione dei medici sono state adottate le misure più stringenti e restrittive di sempre: è stata fatta la scelta preferenziale per l'esclusività di rapporto, sono state chiarite le incompatibilità, stabilita la prevalenza delle ore dedicate all'attività istituzionale e individuate le modalità per ridurre le liste d'attesa. E proprio sulle liste d'attesa è importante fare chiarezza, perché la causa dei tempi lunghi non va attribuita alla libera professione intramoenia dei medici. I ritardi, spesso inaccettabili, sono in realtà il risultato del blocco, da circa vent'anni, di nuove assunzioni e del mancato rinnovo dei contratti associato al numero del tutto inadeguato di medici e infermieri in alcune specializzazioni, frutto della cattiva programmazione degli accessi alle Facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione. Blocco allentato in via temporanea solo durante l'emergenza Covid, che non è servito ad arginare la crisi e ha contribuito a squilibrare il fabbisogno di alcune specializzazioni.

Le norme sono chiare: i tempi d'attesa per la libera professione non possono essere inferiori a quelli dell'attività istituzionale, purtroppo non si ha notizia delle sanzioni, pure previste, quando viene a mancare questo allineamento. E andrebbe ripristinato l'impianto iniziale delle norme che regolavano questo delicato settore. Ad

esempio rendendo obbligatorio il rapporto esclusivo per dirigenti di strutture semplici e complesse. O ancora indicando un tetto massimo ai compensi dell'attività libero professionale intramoenia. Infine, mi chiedo se si sono valutate davvero le conseguenze dell'abolizione della libera professione intramoenia. Di fatto si tratterebbe di un ritorno all'antico quando i medici, soprattutto i primari e i professori universitari dedicavano la maggior parte del loro tempo alla libera professione nei loro studi e nelle loro cliniche, senza un tariffario e senza alcun controllo. Il trionfo del conflitto d'interessi a danno del servizio pubblico

5. La cura delle fragilità

L'Europa invecchia ma l'Italia invecchia di più e più rapidamente. Da molti anni viviamo una transizione demografica che sta cambiando profondamente le nostre società dove nascono pochi bambini e le famiglie si restringono, con un impatto molto forte sulle condizioni di salute della popolazione. L'aumento dell'aspettativa di vita che fino a qualche decennio fa era stato il vanto di un buon Sistema sanitario e di un largo benessere, è oggi compromesso non solo dall'aumento delle povertà ma anche dalla diffusione di malattie croniche, dal diabete all'artrosi alle malattie del cuore che spesso affliggono contemporaneamente la stessa persona, una condizione che viene descritta come multimorbosità. Si vive insomma più a lungo ma convivendo con diverse patologie che spesso diventano anche invalidanti.

Questo nuovo profilo epidemiologico del Paese richiede di rovesciare il paradigma dominante della «prestazione», quasi sempre ospedaliera, per dare spazio a un sistema orientato a prevenire le malattie e che sappia anche prendersi cura di chi non può guarire. Passare dalla prestazione per curare una malattia al prendersi cura di una persona non è affatto scontato, bisogna cambiare un modello di welfare che sta velocemente scivolando verso una dimensione mercantile e residuale per ricostruire un welfare dei beni comuni: la salute, il lavoro, la scuola, l'ambiente.

La medicina del territorio e integrazione socio-sanitaria siano gli assi portanti di un buon Servizio sanitario nazionale, per questo ci siamo impegnati a definire puntualmente funzioni e dimensioni del Distretto che governa l'insieme delle cure primarie in collaborazione con gli Enti locali, che hanno il compito di garantire i servizi sociali. La stagione delle politiche di austerità ha colpito soprattutto i servizi territoriali, fortemente ridimensionati dalla carenza di risorse e di personale adeguati. Del resto investire nel territorio e in prevenzione, non genera profitti paragonabili a quelli garantiti dalle prestazioni ospedaliere e non è un caso se i privati accreditati hanno preferito investire negli ospedali e nelle case di cura.

Una legge di tredici anni fa prevedeva diverse forme di condivisione del lavoro fra gruppi di medici che si associavano volontariamente, ma sono rimaste sulla carta, e ora non sarebbero una risposta adeguata ai nuovi compiti. A bloccare questa trasformazione hanno contribuito molte spinte. Certamente ha contribuito anche il federalismo d'abbandono che a partire dagli inizi degli anni Duemila, ha allentato i vincoli delle leggi nazionali e permesso a ciascuna regione di ridisegnare il proprio Sistema sanitario, adottando differenti modelli organizzativi non sempre coerenti con un Servizio sanitario centrato sulla prevenzione.

Nel 2022 per dare gambe agli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, il governo Draghi ha varato la riforma dell'assistenza territoriale, la prima di tre riforme (le altre due sono non autosufficienza e disabilità) per le quali sono stati erogati i finanziamenti europei. Un passo avanti significativo, che però presenta una pericolosa ambiguità. Il decreto (D.M. 77/2022) contiene infatti due allegati: il primo definito «descrittivo» che, appunto, descrive l'organizzazione del Distretto socio-sanitario e quali servizi sono presenti nelle Case della comunità. Il secondo allegato è invece definito «prescrittivo», e contiene gli standard che le regioni devono rispettare ma nel quale si ridimensiona il ruolo del Distretto come entità di governo del territorio e si riducono anche i servizi che deve garantire la Casa della comunità.

È evidente che questa riforma è il risultato di un compromesso al ribasso imposto sia dalle regioni che non hanno mai voluto attuare la legge 833 e la riforma del 1999, sia da quelle che temono di non riuscire a colmare storiche carenze dei servizi territoriali. Ed è davvero paradossale che sia stato adottato, con una furbizia legislativa, un decreto ministeriale per riformare la medicina del territorio, quando dal 1999 c'è una legge che rende obbligatorio il Distretto e l'integrazione tra i bisogni sanitari e quelli sociali. Inoltre, l'enfasi posta sulle Case della comunità presentate come la soluzione di molte lacune attuali e baricentro della nuova medicina di prossimità, rischia di creare un'impropria identificazione con il ruolo dei Distretti.

Le Case della comunità sono luoghi fisici aperti 24 ore su 24, sette giorni su sette, nei quali il cittadino con il Punto d'accesso unico, trova a portata di mano diverse figure professionali – il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta, l'infermiere, gli specialisti, l'assistente sociale – che lo aiutano a risolvere problemi di salute più o meno complessi. Il Distretto, invece, è la struttura di governo che, assieme ai Comuni, programma, coordina e gestisce l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari – dall'assistenza domiciliare ai consultori, dalle tossicodipendenze alla salute mentale e alla non autosufficienza e disabilità – coinvolgendo le Case della comunità, le famiglie, la scuola, il volontariato.

Il progetto finanziario del Piano stanziava 20 miliardi per la salute di cui 2 destinati a realizzare 1038 Case della comunità, mentre un miliardo è previsto per costruire 307 ospedali di comunità. Il resto delle risorse dovrebbe servire a sviluppare la telemedicina, la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a mettere in sicurezza gli ospedali, rinnovare il parco tecnologico, investire in ricerca e formazione del personale. Si tratta di fondi significativi, che potrebbero essere un'opportunità per riequilibrare le differenze con le regioni del Mezzogiorno, nelle quali l'offerta di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari è davvero modesta. Si tratta però, a oggi, di un grande piano edilizio, che attende provvedimenti per dotare le nuove costruzioni del personale necessario.

Lo stato di attuazione del programma desta più di qualche preoccupazione, riguardo alla chiusura dei cantieri e al collaudo delle opere. L'ultimo report del Ministero della Salute segnala che mentre sono stati praticamente raggiunti gli obiettivi negli acquisti dei grandi macchinari e nella messa in sicurezza degli edifici, ritardi si registrano nella realizzazione delle Case della comunità e degli ospedali di comunità, in particolare nelle regioni del Mezzogiorno. Una nuova opportunità che tuttavia può attingere dall'esperienza delle Case della salute come quella delle Piagge – periferia urbana di Firenze – struttura edificata nei primi anni Duemila, oggi Casa della comunità, che offre assistenza a un bacino di utenza di circa 35mila cittadini. Il territorio è suddiviso in dieci microaree di circa 3500 abitanti in carico a un infermiere di famiglia e comunità che si occupa in senso ampio della salute dei cittadini, includendo aspetti non solo di cura, ma anche di prevenzione e promozione della salute.

Fa capo alla Casa un'«Aggregazione funzionale territoriale» di venti medici di medicina generale, sei dei quali inseriti all'interno della Casa. È un luogo di incontro fra servizi di salute e servizi sociali, tra professionisti di diverse discipline, infermieri di famiglia e di comunità, assistenti sociali, fisioterapisti. Trova sede nella Casa la continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare, il punto prelievi, l'ambulatorio vaccinale pediatrico e adulti, le attività consultoriali, il centro consulenza giovani, la riabilitazione infanzia e adolescenza, la salute mentale infanzia-adolescenza, un ambulatorio della salute mentale adulti e il servizio sociale territoriale; è inoltre presente un servizio di mediazione linguistica. Nella Casa della comunità si sperimentano lavori di gruppo tra diversi professionisti per discutere casi complessi ed è prassi quotidiana la compresenza in ambulatorio o a domicilio delle differenti figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Dopo la pandemia il tema è diventato quanto mai urgente: i medici di famiglia stanno invecchiando, il 77 per cento ha più di cinquantacinque anni e il numero degli assistiti cresce oltre il massimale fissato a 1500 pazienti per ciascuno. Nel 2022 erano 39.366, il 15,7 per cento di tutti i medici del Servizio sanitario nazionale, pari a 6,7 medici per diecimila abitanti, percentuale inadeguata e mal distribuita nel territorio con le carenze maggiori nelle regioni settentrionali.

Il confronto tra sindacati e governo e tra governo e regioni è in una fase di stallo. Non c'è accordo né sulle ore di presenza nelle Case della comunità che i medici di famiglia dovrebbero garantire, né sul percorso di formazione oggi affidato ai corsi triennali delle regioni. È necessario garantire competenze tecniche, professionali e relazionali con un corso di specializzazione universitaria di qualità, come tutti gli altri medici del Servizio sanitario nazionale. La questione più spinosa è quella del passaggio alla dipendenza nel Servizio sanitario nazionale, che vede le principali associazioni di categoria nettamente contrarie. Penso che si debba ipotizzare una fase di transizione, che preveda l'ingresso dei nuovi specializzati come dipendenti e che lasci ai vecchi titolari della convenzione, la possibilità di scegliere se entrare come dipendenti o restare come liberi professionisti. In ogni caso va garantita la possibilità dei cittadini di scegliere il proprio medico di famiglia, un principio sancito fin dall'istituzione nel '78 del Servizio sanitario nazionale.

Non si possono ignorare alcuni ambiti dell'assistenza garantita dal Distretto e di grande impatto sanitario e sociale. Penso alla salute mentale, alla prevenzione dell'Hiv e delle tossicodipendenze, alle malattie in fase terminale, alla disabilità e alla non autosufficienza. Sociale e sanitario non si limitano a convivere ma insieme strutturano un nuovo modello di integrazione capace di rispondere alla complessità dei bisogni della persona. Questo modello stenta

ancora a prendere corpo, anche per la mancata approvazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) e del finanziamento necessario a garantirne la tutela.

L'Italia si colloca agli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata all'assistenza psichiatrica di appena il 3 per cento del Fondo sanitario, mentre i principali Paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10 per cento. Eppure, secondo i dati del Ministero della Salute, una persona su quattro ogni anno soffre di un disagio psichico, con un preoccupante aumento registrato con la pandemia Covid soprattutto tra adolescenti e giovani. C'è quindi una nuova e crescente domanda di presa in carico e di servizi rivolti alle famiglie, ma la risposta si orienta su misure una tantum come quella del «bonus psicologo», del tutto insufficiente. Mentre in Parlamento si affacciano proposte preoccupanti di ritorno al passato e al modello dei manicomi che negano l'autonomia e i diritti della persona malata. Non diversamente si è ridotta anche l'offerta di servizi di prevenzione, diagnosi e cura delle diverse forme di dipendenza, come abuso di alcol, droghe e tabacco ma anche del gioco d'azzardo.

L'ingresso delle cure palliative nei livelli essenziali di assistenza. Il primo passo, fu un decreto legge varato alla fine del 1998 per dare una risposta al bisogno di cura di migliaia di pazienti oncologici gravi e alle loro famiglie. Il decreto stanziava le risorse necessarie a potenziare l'assistenza domiciliare, le terapie del dolore e la realizzazione di strutture dedicate ai malati in condizioni critiche e con patologie irreversibili, garantendo una presa in carico e un'assistenza di qualità nella fase terminale della vita. Dieci anni dopo, nel 2010, le cure palliative sono entrate nei livelli essenziali di assistenza ma ancora oggi, non sono garantite ovunque e in modo uniforme. Le regioni si sono mosse in ordine sparso e solo nel 2022 è stata istituita la specializzazione in medicina e cure palliative. Eppure una buona rete di cure palliative, organizzata con assistenza domiciliare e residenziale, con medici e infermieri specializzati nel prendersi cura e accompagnare la persona malata, può aiutare ad affrontare la fase delicata del fine vita e costituisce un requisito per il ricorso alle dichiarazioni anticipate di trattamento (legge 219/2017) o al suicidio medicalmente assistito come previsto dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.

La moltiplicazione in tanti rivoli di risorse modeste ha penalizzato la presa in carico delle persone più fragili e degli anziani non autosufficienti, quasi quattro milioni di cittadini, un'emergenza che si trascina da tempo e che condiziona il benessere di milioni di famiglie. L'assistenza domiciliare, prevista dai livelli di assistenza in ambito sanitario, è garantita solo sporadicamente e di fatto limitata a poche prestazioni infermieristiche, del tutto insufficienti. Anche in questa legislatura, insomma, i passi avanti sono davvero minimi. Solo nel 2023 è stata infatti approvata la legge 33, la tanto attesa riforma della non autosufficienza, che però deve essere completata con una serie di altri provvedimenti. Il governo si è mosso in ritardo, con una scelta che dilata nel tempo interventi che di giorno in giorno diventano sempre più urgenti.

La misura più attesa riguardava una «prestazione universale» a beneficio delle persone con disabilità. Nei fatti è diventato un bonus di 850 euro per persone ultraottantenni con disabilità gravissime (ad esempio in coma o stato vegetativo, o con gravissime paralisi neurologiche) e con un reddito Isee inferiore a seimila euro. Altro che prestazione universale, pochi soldi per pochissimi disabili: non si arriverà neanche alle venticinquemila persone stimate inizialmente dal governo. Manca ancora una strategia unitaria che rafforzi e favorisca la cura degli anziani nella propria abitazione. A oggi prevale il fai da te delle famiglie, che si sobbarcano le spese per le o i badanti, per lo più stranieri accolti nelle nostre case che accudiscono per anni i nostri vecchi. Un fenomeno in crescita, sul quale non ci sono numeri certi. Secondo fonti sindacali si tratta di circa un milione di lavoratori, perlopiù donne straniere. Numero destinato ad aumentare dal momento che nel 2042 si prevede che gli over 65 saranno quasi 19 milioni, il 34 per cento della popolazione e le fasce di età che cresceranno di più saranno quelle di settantacinque-ottantaquattro anni e di ottantacinque anni e più.

La grande maggioranza lavora in nero, senza un contratto regolare, con un costo che varia dai 1200 ai 2000 euro al mese, ben al di sopra dei 600 euro al mese dell'assegno di accompagnamento per le persone non autosufficienti. Secondo più enti di ricerca, nel triennio 2023-2025 il comparto del lavoro domestico avrà bisogno di una manodopera straniera che oscilla tra i 74 e gli 89mila lavoratori (ipotesi massima, che tiene conto anche della fuoriuscita dal mercato dei lavoratori domestici stranieri che nel frattempo raggiungeranno l'età pensionabile), per una media di 25-30mila nuovi inserimenti annui. Di questi, gli immigrati non comunitari sarebbero tra i 57 e i 68mila, per una media annua di 19-23mila nuovi inserimenti. Una cifra molto al di sopra di quella fissata dal governo con l'ultimo decreto sui flussi per gestire l'ingresso regolare dei lavoratori stranieri. Il lavoro di cura assicurato dalle famiglie non è riconosciuto e si affianca, dove ci sono disponibilità economiche, al ricovero nelle case di riposo per anziani e nelle Residenze sanitarie assistite. Una scelta imposta soprattutto dalla condizione di solitudine in cui si trova la maggioranza delle donne e degli uomini ultrasessantenni non autosufficienti.

6. L'Italia spezzata

Il governo regionale dei servizi sanitari, rafforzato con la modifica costituzionale del 2001, era già presente nella riforma del 1992, come abbiamo visto. Almeno da allora la sanità ha avuto un ruolo centrale nelle politiche regionali sia perché assorbe mediamente tre quarti dei loro bilanci, sia perché l'organizzazione della sanità è stata spesso utilizzata a fini identitari, e talora personalistici, in competizione col governo nazionale e con le altre regioni. Il nostro Ssn è la somma di venti Sistemi sanitari regionali e rischia di perdere il carattere di uniformità previsto dalla legge istitutiva. Il delicato equilibrio fra il ruolo e le funzioni dello Stato da un lato e delle regioni dall'altro non tollera a mio parere interventi laceranti come quelli prefigurati nel progetto della autonomia differenziata.

L'autonomia differenziata in sanità produrrebbe la fine del Ssn. Così come la possibilità di introdurre tariffe differenti da parte delle singole regioni produrrebbe una competizione tra Servizi sanitari regionali, tipica di un sistema di mercato e non di una gestione dei servizi pubblici. Ugualmente le differenze nel trattamento del personale, rivendicato dalle regioni differenziate, creerebbero una pericolosa concorrenza e l'impoverimento delle regioni ordinarie. E' necessario il concorso solidale e la leale collaborazione di tutte le articolazioni della Repubblica: Stato, regioni e autonomie locali. Come prescrive, con rara lungimiranza, l'articolo 32 della Costituzione, «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto del singolo e interesse della collettività», e come è stato completato trent'anni dopo con l'articolo 1 della legge 833/1978 che, con brillante sintesi, individua nel costituendo Ssn lo strumento di attuazione dei suoi principi di universalismo equitativo: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto del singolo e interesse della collettività attraverso il Ssn».

Tanto più restrittiva è la definizione dei Lep sanitari, tanto più limitata sarà la quota di risorse vincolate alla uniforme soddisfazione del diritto alla tutela della salute a disposizione di tutte le regioni, mentre le regioni «differenziate» potranno contare su più ampi margini di manovra sull'utilizzo delle risorse non vincolate per allargare le differenze con le altre regioni. Di conseguenza, i Lep costituirebbero per le regioni «differenziate» il pavimento, cioè il punto di partenza espandibile a piacere, del diritto alla salute. È quindi evidente che, a carico del Fondo sanitario alimentato dalla fiscalità generale saranno erogate solo prestazioni sanitarie minime e per assicurare i livelli di assistenza davvero necessari si dovrà ricorrere a fondi assicurativi, ovviamente per coloro che se lo potranno permettere.

Il profilo istituzionale del nuovo Ssn disegnato dalle procedure della legge Calderoli trasforma la tutela della salute da un classico diritto di cittadinanza sociale a quello che gli economisti definiscono un «bene di club», un bene erogato e utilizzato da un gruppo circoscritto di persone che condividono i costi di produzione e la fruizione del bene prodotto, con la esclusione dei non membri. A me sembra che questo disegno sia in patente e clamoroso contrasto con i principi costituzionali di solidarietà e di equità sociale che assumono particolare rilievo in materia di tutela della salute ed è purtroppo rafforzato dalla introduzione del secondo pilastro che ostinatamente da più parti viene invocato: questa è la minaccia più grave alla universalità del Ssn.

Contro la legge Calderoli si è mobilitato un ampio fronte di opposizione politico, parlamentare e civile che, in poche settimane nell'estate del 2024, ha raccolto un milione e trecentomila firme per richiedere un referendum abrogativo. Contestualmente, alcune regioni hanno presentato ricorso davanti alla Corte costituzionale che è stato accolto su molti punti. La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale ha profondamente inciso sulla legge Calderoli, sancendone l'illegittimità costituzionale in sette punti e dandone una lettura «costituzionalmente orientata» di altri cinque.

I giudici costituzionali hanno chiarito che un regionalismo duale e competitivo è inammissibile e hanno definito le condizioni entro cui un regionalismo solidale e cooperativo è possibile. I punti più rilevanti riguardano, a mio parere, i principi generali del processo di devoluzione che, nella pronuncia della Corte, deve riguardare specifiche funzioni e non intere materie e può avvenire solo a fronte della dimostrazione, sulla base di una approfondita istruttoria, che l'esercizio delle funzioni devolute è nell'interesse generale e non della singola regione. Assume inoltre grandissimo rilievo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, non solo perché ne viene richiamata la effettiva garanzia e ciò presuppone che individuazione dei Lep e finanziamento devono essere contestuali ma anche perché introduce la netta distinzione fra livelli minimi e livelli essenziali delle prestazioni, allorché ribadisce che scopo dei Lep è di assicurare, ove possibile, uno standard di tutela superiore al nucleo minimo del diritto (punto 14 della sentenza). Si tratta infatti dell'esercizio di una scelta politica rivolta al benessere della società, all'eguaglianza sostanziale, alla tutela di una serie di diritti civili e sociali.

La sentenza n. 192/2024 della Corte ha spazzato via punti qualificanti della legge Calderoli, ma una successiva sentenza, pur ribadendo l'effetto «demolitorio» della prima, ha negato il referendum abrogativo proposto dal Comitato referendario. Resta quindi aperta la possibilità che la legge venga riproposta, cercando di aggirare i vincoli della sentenza che secondo il ministro si possono recepire perché di scarso rilievo. Tant'è vero che con il decreto Milleproroghe del dicembre 2024 il ministro ha formalizzato il riconoscimento giuridico del lavoro svolto dal comitato Cassese contraddicendo l'indirizzo costituzionale che aveva sanzionato la «soglia minima» dei Lep e sta predisponendo una legge delega con la quale si appresta a chiedere al Parlamento una delega generica che lascerebbe mani libere per continuare il perverso disegno dell'autonomia differenziata.

7. Il tempo dell'impegno

Se la promessa di garantire buona salute a tutti sembra tradita, se le cose non funzionano come dovrebbero e le disuguaglianze aumentano, la responsabilità non può essere attribuita al modello del Servizio sanitario nazionale ma alla miopia della politica che per troppo tempo ha scelto di non intervenire sui nodi di maggiore sofferenza del sistema e ha preferito la strada dei rinvii di ogni decisione o delle proroghe di misure datate e sempre più inadeguate.

È ancora più incredibile che la soluzione alla crisi venga indicata in una frantumazione maggiore del carattere nazionale del Sistema sanitario e in una ulteriore espansione dei mercati privati. Le due spinte sono incoraggiate e direi persino pilotate dal governo che, per risparmiare, da un lato promuove la secessione delle regioni con l'autonomia differenziata e da un altro si propone di creare un secondo pilastro di finanziamento con le assicurazioni e i fondi sanitari privati.

I fondi sanitari assicurativi sostituiscono un diritto con una possibilità. Il diritto costituzionale alla salute è garantito a tutti in modo uniforme e solidale mentre la possibilità di curare le malattie è misurata sulle disponibilità economiche dei singoli o sugli accordi contrattuali di particolari categorie di lavoratori. Questa prospettiva va fermata. La deriva del Servizio sanitario nazionale non è irreversibile. E neppure la sua definitiva mutazione in un sistema tripartito: con una sanità di serie A per chi gode di redditi alti e può pagare i ricchi premi assicurativi, una di serie B per i lavoratori che si vedranno riconoscere una qualche forma di welfare aziendale e infine una di serie C per i poveri e gli indigenti, i disoccupati e i disabili, chi non è ricco o non può lavorare, lasciati al sistema pubblico di assistenza destinato ad abbassare la qualità che lo ha caratterizzato per molti anni.

Roy Romanow, presidente della Commissione canadese chiamata a suggerire i miglioramenti al Servizio sanitario: «Non vi è alcuno standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno». E a conclusione di una lunga analisi affermava: «Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia».

Le risorse necessarie si possono recuperare anche in modo graduale, ma bisogna portare la dotazione del Fondo sanitario nazionale alla media dei principali Paesi europei che si aggira intorno al 10 per cento del Pil, raggiungendo da subito almeno il 7,5 per cento. Siamo nel club dei Paesi più ricchi, G7 e G20, e su cosa misuriamo la nostra ricchezza se non siamo capaci di tutelare alcuni diritti fondamentali? Del resto anche la Consulta ha di recente ricordato che «il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non può essere sacrificato fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità».

Si tratta insomma, di decidere dove prendere i soldi e come distribuirli. Pensiamo al fisco: vogliamo combattere l'evasione fiscale o premiare i furbi con i condoni? Rispettiamo il principio costituzionale della progressività delle imposte o favoriamo i redditi più alti con la flat tax? Vanno tassate tutte le imprese che anche attraverso la pubblicità favoriscono consumi nocivi? Si possono tassare gli extraprofiti delle aziende più inquinanti, di quelle che producono armi o non rispettano i diritti dei lavoratori o si mina la competitività delle imprese?

Secondo Greenpeace Italia, in due anni di guerre in Ucraina e in Medio Oriente, gli utili delle prime dieci imprese italiane esportatrici di armamenti si sono moltiplicati, sia in termini di utile netto, con un aumento del 45 per cento (pari a 326 milioni di euro), sia in termini di flusso di cassa disponibile, con un balzo del 175 per cento (pari a 428 milioni di euro). Mi pare evidente che per la sanità, come per la scuola, se c'è volontà politica i fondi si trovano. Certo bisogna respingere gli assalti delle lobby o le pressioni di poteri economici riluttanti, cosa che non ha fatto il nostro governo. La promessa tassazione degli extraprofiti delle banche è rimasta tale e, anche in questo caso, non si è passati dalle parole ai fatti. Mi rendo conto che in questa drammatica fase dell'economia mondiale possa

sembrare una strada impossibile da percorrere, ma non si può pensare che a pagare il riarmo dei Paesi europei e la guerra commerciale scatenata dal presidente Trump siano ancora una volta le persone più fragili.

Per cominciare servono nuove assunzioni del personale dipendente, eliminando il tetto che da vent'anni vincola l'adeguamento degli organici alle esigenze della finanza pubblica anziché ai bisogni di salute dei cittadini. È necessario garantire anche stipendi più vicini alle medie europee e rendere più gratificanti le condizioni di lavoro, migliorare il clima nell'ambiente di lavoro e valorizzare e riconoscere l'impegno profuso dagli operatori sanitari ben oltre gli obblighi contrattuali con nuove opportunità di aggiornamento, retribuzione e carriera. Bisogna restituire voce e responsabilità ai dirigenti sanitari coinvolgendoli nel governo clinico delle aziende. Un tema che va affrontato con un approccio nuovo, rispetto agli anni Novanta, tenendo conto del gigantismo che ormai caratterizza le aziende sanitarie locali il cui numero negli ultimi vent'anni si è dimezzato e le cui dimensioni sono diventate così grandi che è sempre più difficile coinvolgere tutti i professionisti nelle decisioni.

Non si può inoltre ignorare che il numero delle donne è prevalente, ma che a ciò non corrispondono possibilità di carriera e assegnazione di funzioni apicali. Alla formazione va dedicata una attenzione particolare, con una puntuale ricognizione sulle specializzazioni in modo da incentivare le iscrizioni a quelle specialità che nel giro di un decennio risulteranno più sguarnite. La carenza di personale può compromettere il decollo delle Case della comunità e della nuova medicina territoriale. Il governo, come si è visto, non ha stanziato un euro in più per attuare una riforma strategica, messa in cantiere dopo la pandemia, legata al finanziamento del Piano nazionale di ripresa e resilienza. L'Italia è l'unico tra i Paesi fondatori dell'Europa, a non destinare risorse adeguate alla non autosufficienza. Occorre superare la logica della frammentazione e costituire un Fondo, finanziato dalla fiscalità generale e vincolato a garantire le prestazioni sociali, oggi a carico delle famiglie, da affiancare all'assistenza sanitaria, per assicurare una tutela globale delle persone più fragili, non autosufficienti.

Sarà importante evitare che i notevoli investimenti destinati alle Case della comunità finiscano per rafforzare la già considerevole quota di imprese private presenti in questo comparto. Attenzione particolare andrà rivolta a potenziare l'assistenza domiciliare integrata per favorire quanto possibile la permanenza degli anziani nel loro ambiente familiare. Ma come detto va ripensato il modello delle Residenze sanitarie assistite, riducendo le loro dimensioni, riqualificando il personale e superando le forme di istituzionalizzazione che oggi sembrano prevalere.

Tutelare la salute come un bene comune è possibile solo con un sistema pubblico, esso stesso organizzato e concepito come bene comune, come una grande impresa di solidarietà. E non si dica che rafforzare il primato della sanità pubblica equivale a mortificare le aziende private, il mondo del terzo settore o del volontariato. Al contrario si tratta di imprimere alla cooperazione tra pubblico, privato e privato sociale quell'orientamento al bene comune indicato nella nostra Costituzione. Al contrario di quanti affermano «fuori la politica dalla sanità» pensando così di risolvere i problemi, ritengo che la sanità sia un settore che più di altri invoca la responsabilità della politica. Non certo la spartizione partitica delle nomine o la ricerca del consenso elettorale clientelare, come spesso avviene. La sanità italiana ha bisogno della politica come governo della cosa pubblica, come tutela dell'interesse generale.

La salvaguardia della sanità pubblica è una responsabilità di tutti. Ciascuno di noi deve sentirsi parte del Servizio sanitario nazionale per il quale può fare molto: i politici con risorse e programmazione adeguati, i manager puntando sugli obiettivi di salute e non solo sul bilancio delle loro aziende con la prevenzione e il coinvolgimento dei professionisti e delle rappresentanze dei cittadini, i medici orientando il proprio lavoro sull'appropriatezza nella cura delle persone. Ma in questa graduatoria al primo posto ci sono tutti i cittadini che devono diventare più consapevoli nelle scelte che influenzano la salute.