

INTERVISTA - NINO CARTABELLOTTA, PRESIDENTE FONDAZIONE GIMBE: SERVONO CORAGGI OSE RIFORME DI SISTEMA, INVESTIMENTI VINCOLATI AL PERSONALE, UNA RIGOROSA GOVERNANCE DELLE REGIONI

ATTUALITÀ

LA VOCE IL TEMPO



Peso: 8-50%, 9-21%

«Sanità pubblica: allarme gap Nord-Sud»



Siamo al 16° posto in Europa per finanziamento pubblico: per allinearci alla media Ue il divario, calcolato al 2020, è di circa 12,7 miliardi di euro

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è stato travolto dalla pandemia in un momento di particolare fragilità dovuta all'imponente riduzione di finanziamenti, circa 37 miliardi, nel decennio 2010-2019. La pandemia lo ha poi indebolito per tre ragioni: innanzitutto, i consistenti investimenti di questi ultimi anni sono stati interamente assorbiti dall'emergenza e risultano insufficienti per mantenere in ordine i conti delle Regioni; sono poi emersi nuovi bisogni di salute (long-Covid, disturbi psicologici e psichiatrici); infine, il capitale umano è stato ulteriormente intaccato in ragione di *burnout* (sovraccarico da eccessivo lavoro), licenziamenti volontari e fuga verso il privato che lasciano sempre più scoperti settori chiave del nostro Sistema sanitario, uno per tutti i Pronto Soccorso».

A tracciare questo desolante panorama della sanità pubblica è Nino Cartabello, medico e presidente di Gimbe (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), fondazione senza fini di lucro che opera per migliorare la salute delle persone e la sostenibilità di un Servizio sanitario pubblico, equo ed universalistico e che il 31 marzo terrà a Bologna la sua 15° Conferenza nazionale. «Nel pieno dell'emergenza - prosegue Cartabello - tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare il Ssn, ma progressivamente la sanità è poi rientrata nei ranghi». È subentrata una scarsa attenzione al tema sia nei programmi elettorali sia nelle previsioni del Def (Documento di economia e finanza), che porta la spesa sanitaria nel 2025 al 6 per cento del Pil, sia nelle briciole assegnate alla sanità dalla Legge di bilancio 2023, che serviranno in larga misura a

coprire l'aumento dei costi energetici. Nel triennio 2020-2022 il finanziamento pubblico è cresciuto di 11,2 miliardi (contro gli 8,4 del 2010-2019): un rilancio dettato dall'emergenza pandemica più che dalla volontà politica di rafforzare in maniera strutturale il Ssn. In quanto a finanziamento pubblico siamo al 16° posto in Europa: per allinearci almeno alla media europea il gap, calcolato al 2020, è di circa 12,7 miliardi.

Presidente, il Pnrr destina però molte



Peso:8-50%,9-21%

risorse alla sanità...

La destinazione dei fondi della missione Salute è ben definita: rafforzamento dell'assistenza territoriale, innovazione tecnologica, potenziamento della digitalizzazione e della telemedicina. È un'opportunità irripetibile, ma per ridurre le disuguaglianze regionali ed ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite occorrono adeguate contromisure per fronteggiare le numerose criticità di attuazione del Piano.

A cosa si riferisce?

A questioni che riguardano vari ambiti. Differenze regionali (modelli organizzativi e performance dell'assistenza territoriale, attuazione del fascicolo sanitario elettronico), carenza di personale, mancata implementazione dell'infermiere di famiglia, eterogeneità delle modalità contrattuali, scarsa attitudine alla collaborazione interprofessionale, offerta del privato accreditato, analfabetismo digitale di professionisti sanitari e cittadini, carico amministrativo di Regioni e aziende sanitarie, aumento dei costi delle materie prime e dell'energia. La mia sensazione è che senza coraggiose riforme di sistema, una rigorosa governance delle Regioni e investimenti vincolati per il personale sanitario, le risorse della missione Salute del Pnrr rischiano di finanziare solo un costoso lifting del Ssn.

Un problema annoso sono le liste di attesa. Cosa si può fare?

Non esiste una ricetta magica. Le liste si allungano innanzitutto perché molte richieste di visite specialistiche ed esami diagnostici sono inappropriati, sia per la domanda dei pazienti, sia per l'induzione da parte dei medici. Poi l'offerta di prestazioni, oltre a non essere affatto trasparente, poggia sempre più su modalità di interazione pubblico-privato che privilegiano l'offerta privata indebolendo quella pubblica. Esiste infine un reale problema di personale:

nonostante le risorse stanziato dallo Stato, quasi un miliardo, nessuna Regione è riuscita a recuperare le prestazioni del 2020.

La sanità privata amplia i propri orizzonti. È a rischio il sistema pubblico ed universale?

Il Ssn ormai da anni ha «tradito» l'universalismo, visto che si annoverano innumerevoli disuguaglianze nell'accesso ai servizi: da quelle regionali, con un gap ormai incolmabile tra Nord e Sud, a quelle tra aree urbane e rurali, sino alle disuguaglianze correlate al grado di istruzione, al reddito e al genere. A dispetto del principio fondante dell'universalismo, nei fatti oggi il Ssn garantisce una «salute diseguale». E quando il sistema pubblico inizia a fare acqua da tutte le parti è inevitabile che nel mercato della salute avanzino la sanità privata e le assicurazioni, spesso legate a doppio filo.

Si parla di riorganizzazione dell'assistenza territoriale...

Essa consiste nell'offrire una serie di servizi di «prossimità» che permettono al cittadino di risolvere quando possibile i suoi problemi di salute sul territorio: ad esempio, gli ospedali di comunità per accogliere i pazienti che, superata la fase acuta, non possono ancora tornare al proprio domicilio. Ma soprattutto, l'offerta di servizi territoriali strutturata come previsto dalle Case di comunità e dal potenziamento dell'assistenza domiciliare, grazie anche al supporto della telemedicina. Tuttavia, questo modello richiede una coraggiosa riforma della medicina generale per superare obsoleti modelli organizzativi cristallizzati da oltre quarant'anni, incompatibili con quanto proposto proprio dalla riforma dell'assistenza territoriale (Dm 77). In particolare, accanto agli scarsi investimenti in prevenzione, che rimane la cenerentola della sanità, la grande sfida

è l'integrazione di servizi sanitari e sociali per le persone con malattie croniche.

Mancano medici, ma c'è il numero chiuso a Medicina. Non è un'incongruenza?

Assolutamente no. Al momento non c'è una carenza di medici in Italia, invece mancano specialisti, in particolare in alcune aree. Va ricordato che per essere assunto nel Ssn il medico deve completare un corso di specializzazione di 5-6 anni oppure un corso per la medicina generale (tre anni). E tale formazione post-laurea dipende dal finanziamento di borse di studio. In altre parole, serve una programmazione del fabbisogno di medici, mantenendo una flessibilità negli accessi alla facoltà di Medicina. La mera abolizione del numero programmato (più noto come numero chiuso), oltre a ridurre la qualità della formazione universitaria, aumenterebbe la quantità di laureati e non la forza lavoro per il Ssn. Con il rischio ulteriore che le nuove leve si trasferiscano all'estero o scelgano di lavorare nella sanità privata.

L'autonomia differenziata può creare problemi alla sanità pubblica?

Concedere alle Regioni maggiori autonomie in materia di tutela della salute aumenterà le disuguaglianze e legittimerà normativamente il divario tra Nord e Sud, rendendo la sanità un patrimonio pubblico nelle Regioni più ricche e un bene di consumo in quelle più povere. Il perché è presto detto. Nonostante i Livelli essenziali di assistenza (Lea), ossia le prestazioni che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini siano definiti dal 2001 e vengano monitorati ogni anno dallo Stato, persistono inaccettabili disuguaglianze tra i diversi sistemi sanitari regio-



nali. Le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto) sono proprio quelle che erogano i migliori servizi e hanno maggior capacità attrattiva sui pazienti del centro-sud, alimentando il fenomeno della «migrazione sanitaria». Le maggiori autonomie richieste dalle tre Regioni rischiano infine di sovvertire l'organizzazione dei servizi sanitari, ostacolando il monitoraggio del ministero della Salute. In un momento di grave crisi della sanità pubblica, far accelera-

re chi già corre senza prima ridurre le distanze, significa assestare il colpo di grazia al Ssn, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

Cosa occorre alla nostra sanità per proseguire la sua missione di servizio pubblico universalistico?

Se vogliamo rilanciare un Servizio sanitario pubblico, oggi equo e universalistico solo sulla carta, bisogna rivedere le modalità di finanzia-

mento, organizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Ma questo richiede un piano pluriennale di rifinanziamento della sanità pubblica e coraggiose riforme «di rottura». Ma ancor prima, un patto politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di governi, metta al centro il Ssn nella consapevolezza che rappresenta un pilastro della nostra democrazia e la nostra più importante conquista sociale. Altrimenti... sono solo parole.

Aldo NOVELLINI



L'autonomia differenziata aumenta le disuguaglianze: in un momento di grave crisi far accelerare chi già corre, senza ridurre le distanze, significa dare il colpo di grazia al Ssn



Il Pnrr destina molte risorse (assistenza territoriale, innovazione tecnologica, telemedicina), restano però numerose criticità e il rischio che si faccia solo un costoso lifting al Ssn

**Sopra,
il presidente della
Fondazione
Gimbe,
Nino
Cartabellotta**

La grande sfida resta l'integrazione di servizi sanitari e sociali per le persone con malattie croniche
I livelli essenziali di assistenza (Lea)

Mancanza di medici e infermieri, licenziamenti volontari, fuga verso il privato lasciano scoperti settori chiave, come i Pronto Soccorso



Peso: 8-50%, 9-21%



Peso:8-50%,9-21%