

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Venerdì 07 MARZO 2025

QS

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

segui **quotidianosanita.it**

twitter

facebook

newsletter

archivio

X Post | Condividi | stampa

La sanità e gli ultimi 7 anni buttati al vento

di Ettore Jorio

Nessun “vitigno” pregiato “innestato” nell’assistenza sociosanitaria e nessun intervento di pregio in tema di finanziamento, se non quello di dare qualche miliardo in più da buttare in un Ssn che, a ritenerlo un sistema obsoleto, significa usargli una grande delicata cortesia. Dunque, sette anni buttati al vento e senza generare raccolto. Anzi, generando danni alla collettività nazionale.



07 MAR - Sono trascorsi giusti sette anni dal quartultimo Governo ed è tempo di “vendemmia”. Dal 23 marzo del 2018 è iniziata l’era Conte I e II, seguita dall’esperienza di Draghi sino ad arrivare all’attuale Esecutivo guidato dalla Meloni e la “raccolta” non è affatto granché. Il peggioramento è la caratteristica nella erogazione della salute. La Grillo e Speranza, quest’ultimo chiamato ad affrontare il Covid, sono stati due ministri che si ricorderanno per le peggiori potature delle “viti” chiamate ad esprimere e garantire il diritto alla tutela della salute.

Nessun “vitigno” pregiato “innestato” nell’assistenza sociosanitaria e nessun intervento di pregio in tema di finanziamento, se non quello di dare qualche miliardo in più da buttare in un Ssn che, a ritenerlo un sistema obsoleto, significa usargli una grande delicata cortesia. Dunque, sette anni buttati al vento e senza generare raccolto. Anzi, generando danni alla collettività nazionale, sino ad arrivare a realizzare politiche destabilizzanti sistemiche nel Sud del Paese, privo di sistemi regionali della salute, che si caratterizza per istanze creative ma indebite di uscita dai piani di rientro e per iniziative più vicine alla luna che alla terra che i meridionali maledicono.

Cambiare è fatica ma è indispensabile

A ben vedere, il tema della sanità negata è direttamente connesso con la scarsità dei quattrini disponibili per le politiche innovative, votate a generare riforme strutturali. Quella della assistenza sociosanitaria è quella più difficile da pensare e da mettere a terra. I cambiamenti radicali sono difficili da gestire, perché nel frattempo che la riforma si realizzi si rischia un’ulteriore caduta dei servizi e delle prestazioni. Chi pensa oggi, dopo 33 anni dall’introduzione dell’aziendalismo, a cambiare il sistema e le regole che lo sostengono sa bene di affrontare i rischi della rivoluzione. Un evento cui difficilmente sopravvivono i rivoluzionari. Proprio per questo motivo occorre pensare ai mutamenti parziali propedeutici a quelli complessivi. Primo di questi elementi preparatori, dato per scontato quanto sottolineato in riferimento all’assenza di risorse statali disponibili alla bisogna, è quello di realizzare una ottimizzazione della spesa, ma

passando attraverso investimenti nel breve e nel medio-lungo termine. Investimenti non solo economico-finanziari, e quindi “in valuta”, bensì in valore prestazionale, tale da consentire un miglioramento godibile sotto il profilo dello star bene.

Le lamentele che portano al nulla

Dunque, invece di lamentare la scarsità delle risorse statali, perché misurate in termini assoluti piuttosto che rapportate al Pil, necessita mettere in piedi una *spending review* che riesca ad essere nel contempo una *better delivery strategy*. Una modalità che se, per un versante, evita sprechi e danni da *malagestio*, dall’altra, prevede l’insediamento a regime di metodologie assistenziali dirette a risultato anche differito.

Il ministro Schillaci lo ha capito, tanto da avere preteso l’incremento all’8% della «Prevenzione collettiva e Sanità pubblica», quel macro-livello assistenziale bistrattato negli ultimi cinquanta anni da una politica del *welfare state* che non ha saputo interpretare concretamente quanto messo su carta dalla legge 833/1978.

QS **newsletter****ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER**Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.QS **gli speciali**

Milleproroghe. Semaforo verde dalla Camera. Il testo ora è legge. Proroga di un anno allo scudo penale per i medici. Nuove regole per accreditamento strutture private dal 2027

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

1 Il Decreto Milleproroghe è legge. Quali novità per formazione ECM, scadenza triennio e proroga del recupero crediti?

2 Ministero della Salute: “Rilevata backdoor nei dispositivi medici Monitor Paziente CMS8000. Grave rischio per la sicurezza”

Al di là della profilassi internazionale, che rimane nelle competenze esclusive statali (art 117, comma 2, lett. q), non sufficiente oggi a tal punto da doverlo sviluppare in un contesto europeo quale elemento utile ad avviare l'UE ad assumere la dimensione di Stato, una prevenzione spalmata uniformemente sul territorio nazionale darebbe al Ssn un rispettabile valore aggiunto a cura della centralità e continuità che assicurerebbe, al riguardo, il Governo e, per esso, il ministero della salute. La *ratio* di una siffatta iniziativa risiederebbe nel progetto di generare ricchezza in salute vissuta, attraverso la prevenzione delle patologie che affliggono sistematicamente la comunità non solo nazionale, tutt'altro.

Gli alert

Diabete su tutte, è una malattia invalidante e auto-generativa di altre. L'obesità è una condizione veicolo di patologie multiple. L'alimentazione è un difetto strutturale cui occorrono indirizzi e abitudini sociali. Il fumo, l'alcol e il ricorso alle droghe sono i fattori negativi che imprigionano la società a partire dai giovanissimi. La sedentarietà è una *façon d'être et de vivre* che abbisogna di tutela educativa.

Prendersi presto cura solo di questi temi, assicurerebbe un grande risultato a cominciare da subito, non solo sotto il profilo della diminuzione delle malattie ma anche in termini di spesa pubblica, con particolare riferimento alla erogazione dei Lea ospedalieri. Questi ultimi da rendere esigibili in strutture accreditate, stando bene attenti che in alcune regioni, tipo la Calabria, non lo è alcuno (perché privi dei requisiti richiesti!), tanto da fare pensare che sarebbe stato molto meglio dedicare ad hoc le spese milionarie già fatte e quelle miliardarie impegnate per il Ponte sullo Stretto.

Continuare così com'è oggi, con una prevenzione lasciata in mano ad inutili Dipartimenti aziendali, spesso occupati da imboscati e pieni di dipendenti del Ssn che non hanno voglia di impegnarsi in altro, implementerebbe la storia di un brutto fallimento iniziato 47 anni e destinato a non finire mai.

Poi c'è la riabilitazione, che è un altro dei temi da affrontare, magari portando a ricavi del Ssn le prestazioni assicurate dalla previdenza contributiva garantita ai disabili.

Le spregiudicatezze che uccidono l'assistenza territoriale

Il Ddl sulle prestazioni sanitarie, al di là della intelligente sanatoria delle 29 sedicenti aziende ospedaliero-universitarie (qui articolo del 3 marzo), è la chiara dimostrazione di come, attraverso l'inondazione di emendamenti approvati in Senato, si fanno (malissimo) le leggi nel nostro Paese. La folla delle proposte a mano (troppo) libera dei parlamentari è facile a concretizzare agguati legislativi, degni di sovvertire le regole, di negare i contenuti di quelle esistenti (persino con ricadute negative sui desiderata UE), di fare girare la testa ai cittadini che diventano sempre di più clienti maltrattati.

Terribile sul piano della ratio l'emendamento rubricato al nr. 13.0.600. Introduttivo dell'articolo 13-bis (Modifiche all'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207).

Il testo: «L'incremento del limite di spesa per l'acquisto di prestazioni dalla sanità privata si applica, anche in deroga agli standard relativi al numero di posti letto, solo ed esclusivamente nelle discipline di medicina generale, di riabilitazione, e di lungodegenza previsti dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, in un arco di tempo necessario alla completa messa in esercizio degli ospedali di comunità e, comunque, entro e non oltre il 31 gennaio 2028.

Le strutture sanitarie che svolgono attività di assistenza specialistica ambulatoriale in regime di accreditamento istituzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e la fisioterapia per le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 settembre 2017 sono riconosciute quali presidi sanitari di prossimità del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dell'assetto complessivo dell'assistenza territoriale e partecipano anche all'erogazione di prestazioni di prevenzione e di emergenza territoriale secondo le indicazioni della programmazione sanitaria e le specifiche regole di ingaggio definite in coerenza con il sistema di autorizzazione, accreditamento istituzionale e convenzionamento».

Due le finalità che preoccupano: gli ospedali di comunità, non prima del 31 gennaio 2028, alla faccia del PNRR; gli accreditati privati in diagnostica per immagini e fisioterapia diventano presidi sanitari di prossimità, abilitati pertanto all'erogazione di Lea destinati alla prevenzione ed emergenza territoriale.

Il modo per curare l'assistenza territoriale? Pare l'esatto contrario!

Ettore Jorio

07 marzo 2025

© Riproduzione riservata

- 3 Medici fiscali in estinzione. Solo il ricorso agli over 70 salverà il servizio, e la legge lo concede
- 4 Medici di famiglia. L'allarme di Gimbe: "A rischio estinzione: ne mancano oltre 5.500, il 52% è sovraccarico e 7.300 andranno in pensione entro il 2027"
- 5 Epidemia di morbillo in Texas. Quando la retorica no vax si scontra con la realtà, Kennedy Jr: "Vaccino fondamentale per evitare malattie potenzialmente mortali"
- 6 Lea 2023. De Luca sta con Fontana: "Graduatorie sono delle 'palle', non vengono conteggiate risorse e personale. Noi abbiamo fatto un miracolo"
- 7 Il Pronto Soccorso e quell'indagine che non convince
- 8 Medici. Enpam introduce agevolazioni sul contributo del 4%. Richieste entro il 21 marzo
- 9 Carenza di medici di base, un paradosso italiano
- 10 Abbiamo un'assistenza territoriale poco al di sotto della vergogna

Altri articoli in Studi e Analisi



Ricerca. Ritrattazioni di articoli pubblicati su peer review, anche gli scienziati più citati commettono errori



Salute e sanità priorità assoluta per gli italiani: i cittadini segnalano tempi di attesa e carenza di personale medico come principali criticità del Ssn



La crisi del Pronto soccorso: meno accessi ma in dieci anni tagliate il 10% delle strutture. Dieta anche per ambulanze e centri di rianimazione. Ecco come sono cambiati i servizi di emergenza



Nuove regole per la stesura dei bilanci



Medici di famiglia. L'allarme di Gimbe: "A rischio estinzione: ne mancano oltre 5.500, il 52% è sovraccarico e 7.300 andranno in pensione entro il 2027"



Telemedicina: per il 73% dei Professionisti Sanitari deve essere



integrata nella pratica clinica

Quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Sede legale e operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 - Roma

Direttore responsabile
Luciano Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Tel. (+39) 06.89.27.28.41

info@qsedizioni.itredazione@qsedizioni.it

Coordinamento Pubblicità
commerciale@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n.
115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
[Policy privacy](#)