



## **Proposte di governo delle criticità del Servizio Sanitario Nazionale**

*a cura di M. Crivellini*

**Aprile 2024**

- 1. Introduzione. Sanità e Salute**
- 2. Evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale**
- 3. Valutazione dello stato attuale e principali criticità**
- 4. Ruolo del Ministero della Salute e del Parlamento**
- 5. Programmazione sanitaria e Piano Sanitario Nazionale**
  1. Demografia, esigenze di salute e allocazione delle risorse
  2. Il dovere dell'Appropriatezza
- 6. Disomogeneità territoriali, LEA e migrazione sanitaria**
- 7. Carenze negli accessi al sistema**
  - 7.1 MMG e Guardia Medica
  - 7.2 Pronto Soccorso
  - 7.3 Numero unico 116117 per cure non urgenti
  - 7.4 Case di Comunità
- 8. Il dimensionamento del personale: medici e infermieri**
- 9. Tempi e Liste di Attesa**
- 10. Salute Mentale**
- 11. Sanità regionale, partiti e strumenti di consenso**
- 12. Cittadini e SSN: diritti e strumenti di tutela**
- 13. La questione del Finanziamento e della Spesa sanitaria**
- 14. Conclusioni**

**Appendice – Documento su Tempi e Liste di Attesa**

## 1. Introduzione. Sanità e Salute

Modelli e studi internazionali concordano che la salute dipende principalmente da quattro determinanti: stile di vita, ambiente socioeconomico, patrimonio genetico e sanità. Il valore quantitativo del loro apporto è così mediamente stimato: stile di vita 40-50%, ambiente socioeconomico 20-25%, patrimonio genetico 20-25%, sanità 10-15%. Tutti ritengono che lo stile di vita (alimentazione, mobilità, lavoro, consumo di sostanze particolari quali alcol, tabacco..) sia il determinante di maggior peso, mentre la sanità quello minore. Ciò non significa che la sanità sia poco importante, ma che sulla salute influiscono una serie di fattori, non solo quello sanitario.

Dunque ogni paese dovrebbe realizzare politiche che abbiano come fine il miglioramento della salute e considerare i determinanti come strumenti per raggiungerlo. Sanità e salute sono concetti diversi, interagiscono ma non vanno confusi.

Leggi che migliorano centri abitativi, la qualità dell'aria e dell'acqua contribuiscono alla salute anche nei paesi sviluppati. La legge che ha regolamentato il fumo, limitando il fumo passivo, è un esempio di politica di salute; l'adozione della patente a punti ha avuto un impatto positivo sulla salute, quasi dimezzando i morti per incidenti stradali; politiche informative (non proibizioniste) sugli effetti del consumo e dell'abuso di particolari sostanze (a partire dall'alcool) migliorano lo stile di vita e di conseguenza la salute.

Ma naturalmente un contributo essenziale, sia a livello di prevenzione (si pensi alle malattie infettive), di cura di patologie acute e di cura e assistenza di stati cronici (tipici ad esempio dell'età avanzata) può assicurarlo un sistema sanitario moderno, diffuso sul territorio e facilmente accessibile a tutti. Avendo ben presente che esso è uno strumento, assieme ad altri, finalizzato al miglioramento della salute.

Dunque è la sanità a doversi adattare, modulare e dimensionare in funzione delle esigenze di salute, non viceversa.

A questo proposito il dato demografico e la sua evoluzione è e sempre più sarà un vincolo essenziale per dimensionare quantità, qualità e tipologia dei servizi sanitari necessari per i cittadini.

## 2. Evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è nato nel 1978 (legge n. 833) sul modello del National Health Service inglese (istituito nel 1946).

Le caratteristiche generali del modello sono: tutti i cittadini ne fanno parte automaticamente (e obbligatoriamente) dalla nascita, la copertura sanitaria è gratuita (a meno di ticket), il sistema è finanziato tramite la fiscalità.

Dunque un sistema universale e gratuito in cui il concorso al finanziamento (tramite il sistema fiscale ad aliquote crescenti) è maggiore per chi ha maggiori redditi mentre il consumo dipende solo dai bisogni di salute. Il ruolo dello Stato è, tradizionalmente, prevalente se non altro perché gestisce il finanziamento e le regole del sistema.

Il modello introdotto è certamente ottimo come architettura generale ma si è dimostrato quasi subito carente sul fronte della gestione dei servizi, delegati alle USL (a loro volta controllate dai Consigli comunali) e soprattutto sul fronte dei controlli della spesa, pressoché inesistenti.

Si è resa necessaria quasi subito una nuova riforma che lasciasse inalterato il modello generale ma agisse soprattutto sulla modalità di gestione dei servizi e sui controlli della spesa.

Nel 1992-'93 i Decreti Legislativi n.502 del dicembre 1992 e n. 517 del dicembre 1993 hanno modificato soprattutto i meccanismi di gestione della sanità, eliminando la presenza dei Comuni, trasferendo la gestione alle Regioni (come peraltro già previsto dalla Costituzione) e prevedendo meccanismi di maggior controllo della spesa (contabilità economica, pagamento a prestazione, enti sanitari trasformati in aziende con un Direttore Generale, controllo di gestione, ecc..).

Nel 1999 è stata approvata una integrazione che, fra l'altro, regola meglio l'utilizzo di strutture private da parte dei sistemi regionali (Accreditamento), nel 2001 è stata introdotta una discussa modifica costituzionale con lo scopo di regolare meglio il rapporto Stato-Regioni (mantenendo invero un po' di confusione).

Successivamente è stato introdotto il Commissariamento delle Regioni con deficit sanitario oltre una certa soglia e la misura dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), cioè l'obbligo delle Regioni di assicurare un adeguato livello di prestazioni a fronte del finanziamento (Fondo Sanitario Nazionale) che ricevono.

Attualmente il sistema mantiene i principi generali di un Servizio Sanitario Nazionale. ma con regole di gestione che sono state modificate profondamente a partire dalla riforma del 1992-'93.

### 3. Valutazione dello stato attuale e principali criticità

All'istituzione del SSN (1978) le Regioni erano una istituzione recente e dunque debole rispetto al Governo centrale e ai Comuni. Già dopo due decenni invece il loro ruolo si è molto consolidato (anche grazie alla legge elettorale) e i Presidenti di Regione sono divenuti soggetti politici influenti anche all'interno dei partiti e degli schieramenti.

Poiché la riforma del '92-'93 ha sancito il passaggio della gestione della sanità alle Regioni ciò si è tradotto in una progressiva trasformazione del SSN da sistema centralizzato a sistema parcellizzato: non esiste più il solo Servizio Sanitario Nazionale, ma 20 Servizi Sanitari Regionali che assieme costituiscono il Servizio Sanitario Nazionale.

Invero il modello adottato riserva un ruolo importante al livello centrale (Governo e Parlamento): scelta dell'entità e modalità del finanziamento, decisioni sull'assetto e sulle regole generali del sistema, attività di programmazione e sviluppo, attività di controllo generale, interventi specifici e sostitutivi in caso di carenze, misura sulla quantità e qualità dei servizi (LEA) sul territorio e altre competenze specifiche (ad esempio sulle vaccinazioni, gestioni di eventi pandemici, rapporti internazionali,...).

Tale ruolo è andato via via attenuandosi per specifica responsabilità del Ministero e dei Ministri della Salute, preoccupati di interferire il meno possibile con gli equilibri della politica-partitica a livello regionale che interpreta la gestione della sanità come uno strumento di consenso elettorale a disposizione di partiti, delle loro correnti e aggregazioni interne, e di cordate di varia natura.

Una prima forte criticità è dunque relativa al **ruolo del Ministro della Salute** che da almeno due decenni preferisce non disturbare i "manovratori" delle gestioni regionali, scegliendo un ruolo di "mediatore-osservatore" fra le Regioni, rinunciando a molti dei suoi poteri-doveri, contribuendo così all'indebolimento della sanità come sistema complessivo e all'esistenza di 20 "sistemini" sanitari regionali fra loro sempre più diversi e poco connessi.

La disomogeneità nella quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi disponibili fra e nei territori regionali, il biblico e continuo esodo dei cittadini tra una regione e l'altra in cerca di cure decenti (mobilità sanitaria, circa 800mila cittadini l'anno, veri migranti sanitari) mostravano, ancor prima del Covid, la debolezza del SSN come sistema. Il Covid ha resa manifesta tale debolezza: un sistema incapace di reagire come tale ad un evento esterno improvviso, abituato a focalizzarsi solo sui propri tempi, equilibri o mediazioni interne e costretto ad improvvisare coordinamento, percorsi decisionali, modalità operative di sistema.

Senza un forte governo di centrale risulta ovviamente sempre più **affievolita l'attività di programmazione** e di progettazione dello **sviluppo del sistema**; si tende ormai a concentrarsi sulle emergenze o le urgenze del momento rinunciando a qualsiasi prospettiva pluriennale. Si individuano risposte di breve periodo a problemi settoriali e mediaticamente esposti (medici gettonisti, finanziamenti di specifici settori, accesso alla facoltà di medicina...) certo importanti ma di impatto contenuto. Al Ministro e ai vari responsabili istituzionali e politici è così sufficiente qualche dichiarazione, qualche annuncio e pochissimi fatti.

Non ci sono tracce di proposte di "politica sanitaria e di salute" che riguardino il futuro del SSN, la sua evoluzione, la progettazione di nuovi strumenti, il giusto dimensionamento delle strutture e della tipologia dei servizi, la necessità di allocazione delle risorse in base alle prevedibili esigenze di salute dei cittadini ora e nei prossimi decenni, la valutazione di possibili nuove regole di funzionamento del sistema in tutte le sue parti.

Si assiste, peraltro da sempre, a una forte **disomogeneità** della disponibilità dei servizi e della qualità delle prestazioni **fra i territori regionali** e spesso anche all'interno di una stessa regione. Ciò è la maggiore causa della "mobilità sanitaria", cioè della migrazione dei cittadini da una regione e l'altra al fine di ricevere prestazioni diagnostiche e cure che non trovano o che reputano non accettabili per qualità all'interno del proprio territorio.

Anche su questo fronte l'attuale atteggiamento del Ministero della Salute appare rinunciatario e comunque subordinato all'interesse delle Regioni, che nei fatti frenano e rendono inutile le **misure sui LEA**, che restano senza conseguenze apprezzabili anche se negative.

Esiste anche un problema legato al **finanziamento** del sistema sanitario e alla conseguente spesa. Molti ritengono che l'attuale livello di spesa sanitaria (9% sul PIL, di cui il 6,3% relativo alla quota pubblica e il resto pagato dai cittadini) sia insufficiente. In realtà è nella media dei paesi OECD, ma indubbiamente più basso di paesi comparabili come Francia, Germania, Svizzera, che spendono 2-3 punti in più. La questione è complessa e verrà analizzata dettagliatamente più avanti, ma sin d'ora si può dire che comunque esiste un problema nell'**allocazione delle risorse**, ancora troppo concentrate sul settore ospedaliero mentre le esigenze di salute, grazie principalmente al forte aumento della durata della vita, richiederebbe uno spostamento di risorse verso la cronicità, gli anziani, la disabilità e la non autosufficienza, le cure domiciliari. Un aumento delle risorse, pur auspicabile, senza cambiare l'allocazione percentuale fra i vari settori, rischierebbe paradossalmente di

peggiore le cose consolidando una distribuzione sbagliata e garantendo il proseguo delle attuali inefficienze ed errori.

A questa problematica è legata un'altra criticità: il **rapporto pubblico- privato accreditato**, che negli ultimi anni si sta spostando a favore del secondo. Il privato accreditato è certamente utile ma può divenire pericoloso (per gli utenti e i contribuenti) se lasciato evolvere, come oggi si verifica in alcune regioni, senza opportuni controlli e soprattutto senza una consapevole e meditata programmazione della parte pubblica e delle Regioni. In alcune Regioni si rischia il capovolgimento di quanto previsto dalla normativa nazionale, con i soggetti privati che modellano liberamente il proprio ruolo e conseguentemente riducono quello pubblico.

Altra forte criticità è l'insufficienza quantitativa e qualitativa degli accessi al sistema disponibili per i cittadini. Nel modello "servizio nazionale" è storicamente rilevante la presenza di accessi al sistema distribuiti sul territorio e in grado di fornire ai cittadini, oltre ad un primo intervento quando necessario, il giusto indirizzamento al resto del sistema e alle sue molteplici strutture e servizi specifici.

L'architettura di un servizio sanitario nazionale affida questo compito principalmente ai **Medici di Medicina Generale (MMG)** e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS). Un buon funzionamento di questa "porta" di accesso è fondamentale per il buon funzionamento del sistema sanitario nel suo complesso e per ogni altra parte del sistema (strutture ospedaliere, centri diagnostici, ambulatori specialistici, servizi di assistenza territoriale, residenziale e non, ecc.). Il ruolo dei MMG è dunque duplice: fornire ai cittadini la prima assistenza, garantire al sistema sanitario un equilibrato e giusto funzionamento.

Oltre ai MMG esistono da sempre altri accessi quali la Guardia Medica e il Pronto Soccorso: la prima dovrebbe svolgere un compito simile ai MMG ma in orari notturni, il secondo è una tipologia di accesso di eccezione, cioè nel caso di improvvisi e gravi problemi di salute (incidenti, malori,..) che richiedono attività diagnostica e terapeutica di emergenza, anche con capacità di stabilizzazione e rianimazione.

Negli ultimi vent'anni il ruolo dei MMG è stato lasciato a sé stesso e ora sono marcati i segni di marginalizzazione della loro funzione, con conseguente indebolimento dell'intero sistema sanitario.

Si è preferito investire e dedicare attenzioni alle strutture ospedaliere ove potere, risorse, assunzioni, nomine e appalti sono concentrati e facilmente orientabili (tramite la scelta dei Direttori Generali), rispetto ai semplici studi dei MMG e gli altri servizi distrettuali, dispersi nello spazio e funzionalmente autonomi.

Tutto ciò ha impoverito questa fondamentale porta di accesso per i cittadini, intasato il **Pronto Soccorso** alterandone la funzione, contribuito all'esplosione delle liste di attesa e squilibrato il funzionamento dell'intero sistema. L'anomalia di funzionamento dei Pronto Soccorso deriva peraltro anche dalla colpevole disattenzione organizzativa all'interno delle strutture che li ospitano e, anche in questo caso, dalla loro "sconnessione" con i reparti della propria struttura e con le altre strutture esterne di ricovero e assistenza.

E' dunque essenziale porsi il problema di riportare alla sua funzione originaria l'accesso MMG, creando anche nuovi accessi ad esso collegati quali ad esempio un riferimento telefonico dedicato (sull'esempio dello storico NHS Direct inglese) o un ruolo diverso delle Case di Comunità, sinora purtroppo interpretate non come ulteriore porta di accesso funzionale al sistema ma come operazione "immobiliare" di miglioramento di alcune strutture e poliambulatori preesistenti.

Altra evidente criticità è la crescente anomalia dei **tempi** e delle **liste di attesa**, che deriva da mancata programmazione nel dimensionare l'offerta dei servizi in base alle esigenze di salute, dall'incapacità organizzativa di molte Regioni di connettere le strutture anche con semplici sistemi di connessione e **Centri Unici di Prenotazione** (CUP) e dalla tendenza, nazionale e regionale, a tentare il governo dei problemi solo quando sono divenuti delle emergenze.

Sul fronte del dimensionamento e della tipologia di personale, la principale criticità è la **mancanza del personale infermieristico**. Il confronto con i maggiori paesi industrializzati e con quelli a noi comparabili è impietoso: andrebbero raddoppiati.

Anche sul personale medico si manifestano criticità, non tanto sul numero assoluto (in media con tutti gli altri paesi) ma sulla loro distribuzione per tipologia professionale (pochi MMG, medici di Pronto Soccorso, anestesisti,..). Da anni **manca una politica del personale** che paradossalmente non è stata decisa dal Ministero della Salute o dalle Regioni, ma prevalentemente dall'INPS in base a criteri pensionistici generali.

Altra criticità di sistema è la evidente distorsione nei **meccanismi di selezione dei Direttori Generali** delle strutture sanitarie, che attualmente prediligono il criterio della vicinanza di partito, di corrente o di cordata. Mentre è giusto che la politica determini le scelte generali di politica sanitaria, è deleterio che la "partitica" si occupi delle scelte di gestione sanitaria orientando nomine e appalti e abbia trasformato la sanità nel principale strumento di consenso elettorale.

Sul fronte della tutela dei diritti purtroppo da sempre il **cittadino** è **l'anello debole** del sistema; non c'è da stupirsi se il ricorso alla magistratura o ai mass media venga considerato



l'unico modo di tutelare un diritto. La normativa prevede peraltro degli strumenti a disposizione dell'utenza ma caratteristiche, poteri, pubblicizzazione, accessibilità e fruibilità non sono facilitate né supportate da risorse minimamente adeguate.

Tutte queste criticità verranno ora analizzate singolarmente nel dettaglio.

#### 4. Ruolo del Ministero della Salute e del Parlamento

Al di là della interpretazione, non sempre univoca, della riforma del Titolo V del 2001, schematicamente si può dire che la normativa in materia sanitaria prevede che al Ministero della Salute spettino principalmente tre funzioni:

- la proposta dell'entità del finanziamento, delle regole generali di funzionamento e degli indirizzi di programmazione del sistema, da approvare in sede parlamentare
- l'attività generale di ispezione, misura e controllo
- il potere di intervento sostitutivo, in specifici casi di non funzionamento.

La gestione della sanità sul territorio, la scelta dei modelli organizzativi dell'attività di erogazione delle prestazioni spettano invece alle Regioni; alcune decisioni su aspetti "concorrenti" (ad esempio regole specifiche di settore) vanno assunte d'intesa, tipicamente in ambito Conferenza Stato-Regioni.

Oltre a proporre al Parlamento l'ammontare del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e altri finanziamenti del sistema e predisporre leggi relative al generale funzionamento del sistema, il Ministro della Salute ha il diritto-dovere di disegnare la programmazione e lo sviluppo del sistema sanitario proponendo e sottoponendo al voto del Parlamento un fondamentale documento di carattere pluriennale: il **Piano Sanitario Nazionale (PSN)**.

Esso è uno dei pochi atti in cui viene indicata l'evoluzione del sistema in un arco pluriennale (almeno triennale), prospettandola a tutti gli attori del sistema a qualsiasi livello (nazionale e regionale); è anche previsto un raccordo tra Piano Nazionale e Piani Regionali.

In sostanza la predisposizione del PSN è uno dei pochissimi momenti (se non l'unico) in cui le istituzioni si occupano delle esigenze di salute e di sanità per il futuro, delineando come attrezzarsi in vista dei probabili scenari demografici, economici e sociali.

Ad esempio in seguito all'invecchiamento della popolazione, del mutare del peso e della tipologia delle patologie andrebbero indicate le percentuali di spesa nei diversi settori e il dimensionamento dei principali strumenti di cura e di tutela della salute.

Orbene l'ultimo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) è stato approvato il 7 aprile 2006, è terminato nel 2008 e da allora (malgrado un tentativo nel 2011) nulla è stato fatto: il **PSN**

**manca da 16 anni.** Ogni giorno il dibattito si arricchisce di un nuovo argomento sanitario specifico o un po' più generale (dai medici gettonisti, al Pronto Soccorso, alla soglia di pensione del personale...) ma Ministero e Ministro della Salute (oltre al Parlamento) tacciono sull'assenza del più importante strumento di programmazione sanitaria.

Altro essenziale compito del Ministero della Salute è **misurare l'effettiva disponibilità dei servizi sanitari** per i cittadini su tutto il territorio del paese, a fronte del finanziamento trasmesso dal livello centrale alle Regioni (circa 132 miliardi quest'anno).

Questo diritto-dovere viene attuato tramite la misura dei **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza, definiti a livello nazionale in oltre 500 prestazioni), che il Ministero effettua tramite un Comitato LEA ogni anno, a partire dal 2005.

L'Associazione Coscioni da almeno 15 anni ha denunciato (anche in audizioni parlamentari) l'uso distorto di questo fondamentale strumento, condotto con colpevole trascuratezza e trasformato in alibi di non intervento perché esso:

- è viziato da un palese conflitto di interessi (le Regioni, organo controllato, fanno parte dei controllori al 50%)
- sottopone a misura solo poche decine di grandezze
- ha usato a lungo criteri e soglie quantitative di valutazione arbitrarie e ha pubblicizzato gli esiti con anni di ritardo, rendendoli completamente inutili.

Solo recentemente, a partire dal 2020, c'è stato qualche segno di miglioramento cambiando il set di grandezze (ma lasciandole numericamente insufficienti, 22), introducendo un meccanismo di calcolo meno lasco, migliorando leggermente i tempi, ma mantenendo il conflitto di interesse e la scarsa utilizzabilità dei risultati ai fini degli auspicabili interventi, centrale e regionali.

La valutazione di questa situazione è ancora più severa se si osserva che la definizione dei meccanismi della misura dei LEA viene effettuata con lo strumento del Decreto Ministeriale: senza i tempi necessariamente più estesi e tortuosi delle norme di legge, il Ministro potrebbe intervenire agilmente.

Il potere di intervento e sostitutivo del Ministero della Salute è previsto nei casi di malfunzionamento del sistema a livello di sistemi regionali o sottoinsiemi (ad esempio Aziende sanitarie). Il caso più classico e praticato è il **Commissariamento** di sistemi regionali con la nomina di Commissari (sostitutivi degli Assessori alla sanità) ove il deficit sanitario superi una certa soglia per tre anni.

La sua normativa ha subito periodiche variazioni, prevalentemente rivolte alla figura del Commissario, prevedendo che sia lo stesso presidente di Regione (!) oppure un esperto

nominato dal Ministero. Sia nel primo caso che nel secondo le scelte non sempre sono state felici, ma complessivamente lo strumento, avviato dal 2004, ha ottenuto il risultato di diminuire il deficit regionale (da circa 6 miliardi di euro a 1) anche se in modo molto “rozzo”, senza preoccuparsi della qualità e disponibilità dei servizi sul territorio. Oltre all’aumento della tassazione (aliquote regionali) è previsto, ad esempio, un indistinto blocco delle assunzioni, delegando nei fatti ai criteri pensionistici dell’Inps il dimensionamento delle professionalità!

Un uso più intelligente dello strumento potrebbe essere adoperarlo, con le dovute modifiche, ai casi di quelle Regioni che presentano misure insufficienti **sul fronte dei LEA**, cioè della accertata indisponibilità di servizi di qualità accettabile per i cittadini.

Emerge dunque su più piani l’insufficienza del ruolo svolto dal Ministero e dai Ministri della Salute da oltre 15 anni.

Si è rinunciato al dovere e al diritto di intervento

- sulla programmazione pluriennale dello sviluppo del SSN dimenticandosi del PSN da 16 anni
- sulla tutela dei cittadini a disporre di servizi disponibili sul territorio, riducendo la misura dei LEA ad una procedura senza conseguenze apprezzabili,

preferendo proteggere gli equilibri e gli interessi interni alle Regioni, piuttosto che quelli di salute dei cittadini.

Ministero e Ministri della Salute negli ultimi decenni hanno scelto un ruolo di “mediatori” e “osservatori” del sistema sanitario e dei 20 “sistemini” regionali che, liberi da controlli e indicazioni di sviluppo, spesso si sono maggiormente dedicati a perseguire il consolidamento di equilibri e poteri interni piuttosto che la tutela della salute.

L’impoverimento della medicina territoriale (e del ruolo dei MMG in particolare), l’esplosione del fenomeno delle liste di attesa, la forte disuguaglianza dei servizi fra territori regionali, il fenomeno dei “migranti sanitari” (mobilità sanitaria), il costante aumento della sanità privata a pagamento, il sottodimensionamento di settori cruciali come l’assistenza alla cronicità-disabilità-anziani, l’incapacità di reagire tempestivamente ad eventi improvvisi (Covid) e altri ancora sono tutti problemi di sistema che dipendono in gran parte dalla pluridecennale rinuncia ad un ruolo proprio del Ministero e dei Ministri della Salute.

Va anche segnalato il silenzio del Parlamento, che ha rinunciato al suo ruolo (dibattito e voto) pressoché al completo. Uniche eccezioni le continue segnalazioni, documenti, articoli

e iniziative della Associazione Luca Coscioni, un articolo del Sole24 Ore (22 ottobre 2015) e una puntuale interrogazione radicale (gennaio 2021).

## 5. Programmazione sanitaria e Piano Sanitario Nazionale

Se per i singoli partiti o schieramenti politici dimenticarsi del PSN ha consentito di non avanzare proposte complessive sul sistema sanità e salute del paese, ciò ha avuto come conseguenza l'aumento delle criticità del sistema nel suo complesso, l'impoverimento del modello Servizio Sanitario Nazionale, l'abbassarsi della qualità dei servizi, l'acuirsi di problemi di accessibilità al sistema di settori crescenti della popolazione e l'aumento forzato di prestazioni a pagamento nel privato, per chi era economicamente in grado di farlo.

Per comprendere a fondo gli effetti negativi dell'assenza ultradecennale del PSN, è sufficiente richiamarne definizione e contenuti così come espressi dall' Art. 1 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.* (G.U. Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)

### Art. 1

.....

*5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, **predispone il piano sanitario nazionale**, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n.13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.*

.....

**9. Il Piano sanitario nazionale** ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

**10. Il Piano sanitario nazionale indica:**

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità' del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità' del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281.

In sintesi il Piano Sanitario Nazionale costituisce il principale strumento di pianificazione a livello nazionale per la tutela della salute e deve contenere tutti i principali aspetti organizzativi, tecnici e finanziari utili a disegnare l'assetto e lo sviluppo del sistema in un arco pluriennale.

Va inoltre ricordato che dall'entrata in vigore del PSN le Regioni hanno l'obbligo di assumere il Piano Sanitario Regionale, coerente con le indicazioni in esso contenute. In sua assenza molte di esse assumono il proprio con forte ritardi e in molti casi in modo burocratico e slegato da analisi, dati ed esigenze generali.

Appare evidente che l'esistenza del PSN è una delle caratteristiche che permette di parlare di Servizio Sanitario Nazionale mentre la sua assenza porta inevitabilmente ad un sistema frammentato e disomogeneo, somma indistinta e non coordinata di 20 sistemi regionali e causa di disuguaglianze crescenti.

L'assenza da 16 anni del PSN non è "solo" una violazione della normativa sanitaria ma è la rappresentazione della mancanza di politica sanitaria del paese, dell'abbandono dei servizi sanitari agli interessi delle logiche partitiche regionali e del progressivo indebolimento del sistema di fronte a possibili eventi esterni (esempio Covid).

Infine è bene tenere presente che il PSN come qualsiasi documento finalizzato a programmare lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale deve partire da una parte dalle prospettive demografiche e le conseguenti esigenze di salute e dall'altra dal governo della appropriatezza delle cure.

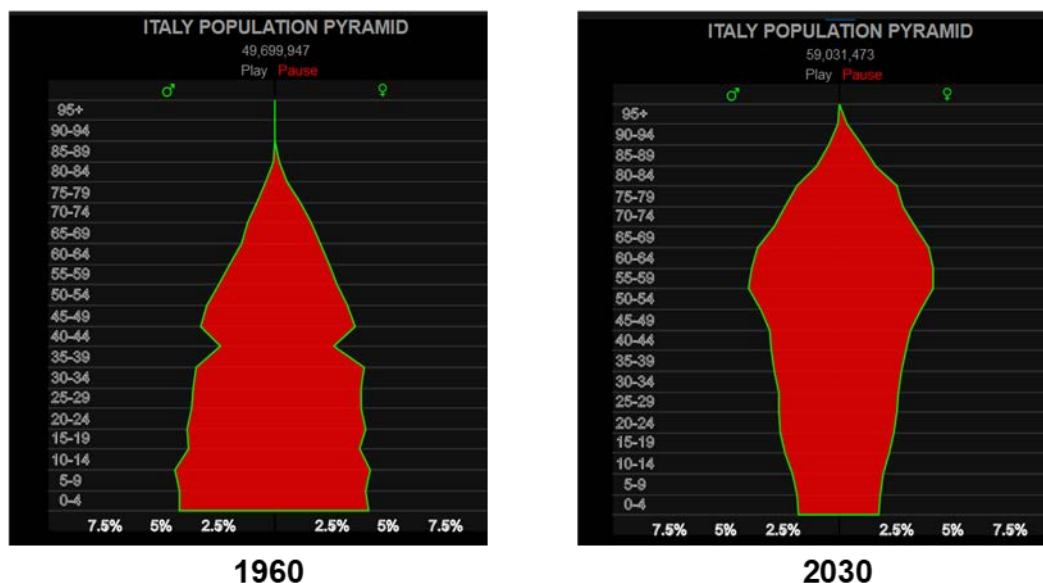
### 5.1 Demografia, esigenze di salute e allocazione delle risorse

Negli ultimi decenni l'evoluzione demografica è stata particolarmente significativa con modifiche consistenti nella distribuzione per classi di età. Sono percentualmente diminuite le classi giovani mentre sono aumentate le classi di anziani (+65 anni) e di "grandi vecchi" e tale evoluzione prosegue.

La Fig. 1 mostra il confronto tra gli anni 1960 e le previsioni 2030.

I cambiamenti sono evidenti: la piramide demografica tende sempre più ad una botte, se non ad una piramide rovesciata.

Fig. 1 – Distribuzione per classi di età, Italia 1950-2030



Fonte: elaborazione su dat World Life expectancy.com

E' un oggettivo successo della nostra organizzazione sociale, dello sviluppo economico, delle condizioni di vita igienico-alimentari e sicuramente anche della disponibilità di servizi sanitari adeguati.

E' altrettanto evidente, o almeno dovrebbe esserlo, che le condizioni di salute e soprattutto le esigenze sanitarie seguono tali cambiamenti.

L'accesso delle persone anziane ai servizi sanitari e il loro "consumo sanitario" è molte volte superiore a quello delle persone giovani o adulte; inoltre cambia profondamente la tipologia delle cure e dei servizi richiesti: diminuisce la richiesta di cure per acuti, aumenta fortemente l'esigenza di cure e di assistenza tipiche della cronicità, disabilità e non autosufficienza.

E' quasi banale affermare che ormai da decenni l'organizzazione, la quantità e la tipologia dei servizi sanitari avrebbe dovuto seguire i cambiamenti delle esigenze di salute e che è sempre più urgente che lo faccia oggi e nel futuro.

In altre parole è il sistema sanitario a doversi adeguare alle necessità di salute, non viceversa.

L'Associazione Coscioni sostiene da vent'anni (battaglia di Luca sui comunicatori di nuova generazione e sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza) che a livello generale è necessario cambiare l'allocazione percentuale delle risorse del sistema sociosanitario: indipendentemente dal valore assoluto degli stanziamenti è comunque necessario e urgente

spostare quote di risorse dal settore per acuti a quello della cronicità, disabilità, non autosufficienza.

Una delle indicazioni centrali del Piano Sanitario Nazionale dovrebbe riguardare l'allocazione delle risorse in un arco pluriennale.

## 5.2 Il dovere dell'Appropriatezza

Dalla seconda metà del secolo scorso in tutti i paesi industrializzati la spesa sanitaria ha avuto una esplosione mai vista prima: da 1-2 punti di Pil (in tutta la prima metà del secolo) si è passati mediamente al 9-10%, cioè la spesa sanitaria è quintuplicata.

Con essa sono esplosi gli "impianti sanitari" (letti ospedalieri, personale sanitario, dispositivi medici, farmaci, strumenti diagnostici,..).

Questo aumento esponenziale ha prodotto indubbi benefici ma è avvenuto spesso in modo poco programmato e sicuramente non sempre in base a valutazioni oggettive sui benefici di una scelta rispetto ad una altra.

In altre parole si è ragionato poco sui criteri di sviluppo, preferendo una crescita quantitativa comunque. Solo recentemente (ultimi due decenni) le esigenze generali di bilancio degli Stati e la necessità sempre più evidente di contenere i continui aumenti dei costi hanno indotto tutti i paesi a riflessioni sul contenimento della spesa e (finalmente!) sull'appropriatezza delle cure.

Solo per fare degli esempi, fra paesi comparabili per ricchezza e sviluppo le differenze fra consumi, tipologia di accessi, numerosità di impianti diagnostici (TAC, RMN...) e loro utilizzo sono rilevantissime (a volte 3-4 volte) senza alcuna oggettiva ragione di salute.

Anche all'interno di uno stesso paese i consumi "locali" presentano fortissime diversità senza alcuna ragione di salute: proverbiali sono le differenze tra il ricorso ai parti cesarei, l'uso degli antibiotici o il tasso di ospedalizzazione.

Va anche ricordato che una tipologia di cura non necessaria non è solo inutile ma potenzialmente dannosa per la salute.

Inoltre una seria politica di appropriatezza delle cure e delle prescrizioni non deve agire solo sulla quantità di sanità ma anche sulle procedure di cura, nel senso di scegliere i percorsi più semplici a parità di efficacia in termini di salute: assistenza domiciliare per anziani, cronici e disabili invece di ricoveri, day hospital invece che ricoveri ordinari, assistenza ambulatoriale invece che day hospital, osservazioni in Case di Comunità e indirizzamento da parte del 116117 invece che accessi al Pronto Soccorso, uso responsabile e contenuto degli antibiotici, valutazione e prescrizione di farmaci realmente efficaci (non solo dei più



nuovi), esami diagnostici (in particolare diagnostica per immagine) proporzionati alle esigenze cliniche di conoscenza, ecc.. .

Tutto ciò porta ad affermare che il controllo di appropriatezza delle cure, nato in questi anni più per motivi di spesa che altro, deve essere considerato un dovere per chi ha responsabilità di governo del sistema, anche se comporta controlli spesso indesiderati dagli attori sanitari e una azione di informazione e di intervento anche a livello degli utenti.

Anche in questo caso il ruolo di indirizzo e di controllo del Ministero della Salute, sin qui carente, dovrebbe manifestarsi attivamente, utilizzando appieno ogni strumento compreso il Piano Sanitario Nazionale.

## **6. Disomogeneità territoriali, LEA e migrazione sanitaria**

La normativa sanitaria prevede che l'organizzazione, la gestione e l'erogazione delle prestazioni/servizi sanitari sia compito delle Regioni, nell'ambito delle indicazioni generali delle leggi nazionali e dell'attività di controllo e indirizzo del Ministero della Salute.

Ciò significa che diversità organizzative fra i Servizi Sanitari Regionali (SSR) sono normali, essendo ciascuna Regione libera di trovare forme organizzative parzialmente diverse.

Ma, a fronte del finanziamento che Governo e Parlamento trasmettono alle Regioni, queste ultime devono assicurare sul proprio territorio un livello di assistenza fissato a livello nazionale tramite i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e non possono scendere al di sotto di tale livello.

E' un vincolo chiave ed uno dei motivi per cui si può ancora parlare di Servizio Sanitario Nazionale assieme al diritto di ogni cittadino di scegliere il luogo di cura, indipendentemente dalla propria residenza.

Spetta al Ministero della Salute il diritto-dovere di controllare l'effettiva disponibilità dei LEA in tutti i territori regionali. Ciò avviene tramite la misura dei LEA effettuata annualmente dal Ministero della Salute che conseguentemente, a valle di tale misura, classifica le regioni come adempienti o non adempienti.

Le Regioni adempienti partecipano alla suddivisione di un Fondo particolare (una percentuale del FSN), quelle non adempienti dovrebbero usare le misure effettuate per superare le carenze riscontrate, così come il Ministero della Salute dovrebbe agire per favorire il miglioramento dei settori carenti.

Questa architettura di verifica e controlli, teoricamente a difesa del diritto dei cittadini di disporre di servizi accettabili ovunque sul territorio nazionale, si rivela molto "lasca" sin

dalla sua nascita (primi anni '2000) principalmente per i motivi già espressi al capitolo 4 e che possono essere così sintetizzabili:

- la misura dei LEA è delegata ad un Comitato formato al 50% dai rappresentanti delle Regioni (7 su 14) che in tal modo sono controllori/controllati
- le grandezze utilizzate per definire l'adempienza sono solo 22 (su oltre 500 prestazioni sanitarie classificate dal Ministero)
- i criteri per comporre le misure ottenute e ottenere degli indicatori numerici (percentuali di adempienza) non sono motivati, anche se a partire dal 2020 sono un po' migliorati
- i risultati vengono pubblicizzati dopo 2/3 anni dalle misure, rendendoli poco utili ad azioni correttive a livello regionale e nazionale; da quest'anno c'è un segnale positivo: il ritardo di pubblicizzazione degli esiti (provvisori) si è ridotto ad un "solo" anno
- le regioni non adempienti non subiscono alcun intervento e possono continuare a produrre carenze e disfunzioni per i cittadini.

Si tratta di un meccanismo di misura e controllo senza conseguenze apprezzabili sui sistemi regionali e senza nessun impatto positivo sui cittadini e sui servizi disponibili.

L'Associazione Coscioni da circa 15 anni ha segnalato questa distorsione generale e la colpevole rinuncia del Ministero ad intervenire. Sono stati predisposti documenti, proposte, richieste, audizioni nelle Commissioni parlamentari, e promosso OdG, mozioni, interrogazioni, ecc... .

Non abbiamo ottenuto risultati pienamente soddisfacenti, a meno di un lieve miglioramento, come si è detto, nella metodologia di calcolo del grado di adempienza regionale e un dimezzamento del ritardo (da quasi tre anni a circa uno e mezzo, anche se gli ultimi dati 2022 sono *provvisori* e quelli definitivi non sono ancora disponibili) ma resta inalterata l'inutilità complessiva dello strumento e del suo attuale uso. Infatti malgrado il nuovo sistema abbia evidenziato molto meglio le criticità (per il 2022 sono 12 le regioni inadempienti e solo 9 quelle in regola, mentre con il vecchio sistema solo una o due all'anno venivano dichiarate inadempienti) non sono registrabili conseguenze significative né a livello nazionale né a livello regionale.

Il Ministero continua ad osservare il fenomeno dall'esterno e le regioni continuano la loro normale amministrazione; dunque in conseguenza dei risultati LEA non vengono assunte iniziative migliorative.

Per la misura dei LEA le possibili proposte sono semplici e facilmente attuabili: rimuovere il conflitto di interesse in corso, migliorare ulteriormente la metodologia di misura (scelta di soglie più alte e maggior numero di grandezze utilizzate), tempi immediati di pubblicazione dei risultati (entro gennaio-febbraio dell'anno successivo a quello preso in considerazione), obbligo di decisioni conseguenti alle criticità misurate (a livello nazionale e regionale).

Inoltre per incentivare le Regioni a superare le carenze evidenziate dalla misura andrebbe adottato un meccanismo penalizzante per quelle che per 2/3 anni non garantiscono i LEA: Commissariamento sulla falsariga di quanto avviene per le regioni in deficit sanitario, magari con criteri meno rozzi e percorso di miglioramento "sorvegliato" dal Ministero.

A conferma della gravità del problema e delle conseguenze sui cittadini, è sufficiente riportare alcuni valori quantitativi.

La tabella 1 riporta l'ultimo esito della misura dei LEA, a fronte del quale (12 regioni dichiarate inadempienti per il 2022) peraltro non è avvenuto niente. Per gli anni precedenti il 2020 sono riportati i risultati simulati con il nuovo metodo; con il vecchio metodo i risultati ufficiali ne consideravano inadempienti solo una o due l'anno.

Tab 1 – Risultati della misura dei LEA nelle Regioni (anni 2017-2022) con il nuovo metodo. I risultati degli anni 2017-2019 sono simulazioni.

### Nuovo sistema di garanzia: Risultati 2017-2022 (provvisorio, con applicazione validità indicatori)

Regione	2022			2021			2020			2019			2018			2017		
	Area Prevenzione*	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
PIEMONTE	89,87	59,57	0,00	86,05	84,47	77,90	76,08	91,26	74,92	91,72	88,83	85,78	93,04	88,31	85,59	92,90	84,05	84,14
VALLE D'AOSTA	48,95	47,25	54,73	45,31	49,31	56,43	74,06	56,58	57,35	72,16	48,09	62,59	72,30	36,70	71,54	64,12	34,52	74,38
LOMBARDIA	85,79	94,66	86,07	86,84	93,09	78,38	62,02	95,02	75,21	91,95	89,98	86,01	89,94	83,44	79,93	86,84	77,05	77,13
PROV. AUTON. BOLZANO	54,14	77,03	74,56	51,97	68,05	75,98	51,90	57,43	62,64	53,78	50,89	72,79	51,86	40,60	71,38	53,37	44,82	73,97
PROV. AUTON. TRENTO	94,27	76,45	95,19	92,55	79,33	95,43	88,42	78,07	90,09	78,63	75,06	96,98	93,02	72,90	94,18	83,56	82,45	94,75
VENETO	89,93	96,40	88,15	84,63	95,60	79,35	80,74	98,37	78,77	94,13	97,64	86,66	91,72	94,65	85,93	80,75	95,10	83,67
FRIULI VENEZIA GIULIA	86,97	73,30	75,08	85,32	79,42	75,32	75,63	80,35	73,52	80,39	78,35	80,62	73,20	76,42	82,94	53,18	74,02	80,72
LIGURIA	49,33	86,81	76,67	73,05	85,92	68,29	50,85	83,12	63,31	82,09	85,48	75,99	83,50	86,84	75,84	73,94	84,16	79,99
EMILIA ROMAGNA	77,95	95,57	93,66	90,73	95,96	89,59	89,08	95,16	88,03	94,41	94,51	94,66	93,26	94,32	90,70	93,03	86,82	88,51
TOSCANA	77,96	96,42	92,29	91,37	95,02	83,59	88,13	92,94	80,00	90,67	88,50	91,39	88,48	89,79	90,91	87,07	82,67	94,27
UMBRIA	82,39	84,15	84,42	91,97	73,64	77,56	89,64	68,55	69,82	95,65	69,29	87,97	93,92	67,48	87,33	92,89	67,91	80,59
MARCHE	62,71	90,71	91,26	82,62	89,38	80,14	79,01	91,68	75,05	89,45	85,58	82,79	82,03	76,70	77,04	69,00	78,51	69,84
LAZIO	46,44	71,97	79,48	80,78	77,61	73,66	74,46	80,19	70,72	86,23	73,51	72,44	84,99	62,40	73,25	86,18	57,99	70,78
ABRUZZO	49,31	63,52	72,63	77,74	68,46	67,73	54,03	76,94	63,47	82,39	79,04	73,84	86,24	74,05	68,54	66,54	63,76	67,92
MOLISE	50,69	82,20	66,40	82,45	65,40	46,74	64,21	67,12	41,94	76,25	67,91	48,73	79,55	44,49	44,74	74,18	31,25	40,66
CAMPANIA	45,72	57,61	67,97	77,28	57,52	62,45	61,53	57,14	59,08	78,88	63,04	60,40	74,67	64,30	58,07	72,51	55,16	44,83
PUGLIA	76,43	70,73	79,68	67,85	61,66	74,32	66,83	68,13	71,73	81,59	76,53	72,22	79,39	70,57	72,14	66,21	64,60	65,90
BASILICATA	70,11	33,04	0,00	79,63	64,22	54,51	57,07	62,85	51,90	76,93	50,23	77,52	84,16	45,09	75,83	78,69	49,86	72,56
CALABRIA	36,59	36,52	62,65	53,50	48,51	56,82	32,73	48,18	48,44	59,90	55,50	47,43	64,03	58,44	47,22	65,49	47,35	50,63
SICILIA	47,18	58,54	79,23	45,53	62,19	72,86	43,44	62,06	69,26	58,18	75,20	70,47	50,76	75,64	50,60	50,20	74,87	73,05
SARDEGNA	45,45	50,45	68,40	61,63	49,34	55,52	70,79	48,95	57,75	78,30	61,70	66,21	75,78	34,50	64,60	76,36	35,16	63,74

\* Da aggiornare con indicatori P01Z e P02Z

Nel 2022 le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macro-aree sono:

- in una macro-area: Bolzano (Prevenzione), Liguria (Prevenzione), Lazio (Prevenzione), Abruzzo (Prevenzione), Molise (Prevenzione),
- in due macro-aree: Piemonte (Distrettuale, Ospedaliera) Campania (Prevenzione, Distrettuale), Basilicata (Distrettuale, Ospedaliera) Calabria (Prevenzione, Distrettuale), Sicilia (Prevenzione, Distrettuale), Sardegna (Prevenzione, Distrettuale);
- in tre macro-aree: Valle d'Aosta



Fonte: audizione in Senato della Direzione Programmazione del Ministero della Salute, febbraio 2024

La disomogeneità territoriale può essere evidenziata anche attraverso il fenomeno della mobilità sanitaria cioè dalla scelta di curarsi in una regione diversa dalla propria, molto spesso motivata dalla insufficienza quantitativa e qualitativa dei servizi della propria regione: ogni anno centinaia di migliaia di cittadini si fanno curare in regioni diverse dalla propria, per oltre 3 miliardi di valore di prestazioni.

In generale il flusso è da sud a nord, cioè da territori con servizi sanitari più carenti a territori con servizi ritenuti migliori e maggiormente accessibili.

Dunque se qualche differenza nelle modalità organizzative della sanità fra le regioni è da ritenersi quasi fisiologica, del tutto patologica è la grande disomogeneità nella effettiva disponibilità dei servizi essenziali e nel livello qualitativo delle prestazioni erogate, spesso al di sotto della soglia fissata dalla normativa.

La crescente disomogeneità territoriale (misurabile tramite i LEA) è un pericolo per la stessa esistenza del Servizio Sanitario Nazionale, mettendone in discussione caratteristiche fondanti come universalità, accessibilità e gratuità, costringendo parti sempre più estese della popolazione ad *arrangiarsi* rivolgendosi al privato a pagamento o a farsi curare in altre regioni.

Anche in questo caso, come anticipato al Cap. 4, non si registrano interventi del Ministero della Salute e appare rinunciatario il suo ruolo.

E' auspicabile invece un deciso intervento centrale nel caso di regioni inadempienti per 2-3 anni, prevedendo la possibilità di Commissariamento, cioè di sostituzione delle funzioni regionali con un Commissario e l'applicazione di vincoli che prevedano azioni di miglioramento della quantità e qualità dei servizi sanitari sul territorio regionale, in difesa della salute e dei diritti di accesso dei cittadini.

## **7. Carenze negli accessi al sistema**

Come già accennato, un difetto dell'attuale sistema sanitario italiano è la mancata applicazione di strumenti di programmazione (PSN) e una perdita a livello centrale del ruolo di indirizzo, controllo ed eventuale intervento sostitutivo da parte del Ministero della Salute; insomma un difetto generale è che il Servizio Sanitario Nazionale sta perdendo le caratteristiche di "sistema" governato, divenendo somma di tanti "sistemi" tra loro sordinati e disomogenei.

Questo difetto generale si ripropone anche a livello di organizzazione clinico-sanitaria sul territorio.

In particolare è molto carente il governo dei canali di accesso al sistema da parte degli utenti; la funzione di prima osservazione, di prima erogazione di cure e di giusto indirizzamento dell'utente verso gli altri livelli di cura (assistenza specialistica, diagnostica complessa, ricovero in strutture per acuti o in strutture di riabilitazione, assistenza domiciliare, ecc..) è andata attenuandosi in parallelo all'attenuarsi dell'opera dei MMG e degli altri punti di accesso (ad esempio centri e Poliambulatori territoriali).

Negli ultimi decenni l'attenzione dei decisori (a livello nazionale e regionale) e i relativi finanziamenti si sono concentrati sempre più sul settore ospedaliero mettendolo di fatto al centro del sistema. Ma il settore ospedaliero è solo una parte (pur importante) del sistema e si occupa principalmente delle cure per acuti, non ha il compito e non può regolare l'intero sistema.

La situazione si è dunque squilibrata e il sistema ha perso la capacità di accogliere l'utente e condurlo verso la tipologia di cura per lui appropriata.

## 7.1 MMG e Guardia Medica

Nel modello Servizio Sanitario Nazionale accompagnare l'utente attraverso l'intero sistema spetta principalmente ai MMG; se la loro funzione è invece scivolata verso una generica capacità prescrittiva (soprattutto di farmaci) e con pochi poteri nei confronti delle altre parti (diagnostica, strutture di ricovero per acuti, strutture di cura e assistenza sociosanitaria...) è chiaro che la funzionalità dell'intero sistema è venuta meno. Il SSN è divenuto una somma di settori fra loro separati e ai quali i pazienti si rivolgono autonomamente, a volte in maniera confusa e non giustificata, guidati dalle loro preoccupazioni di salute e facilitati esclusivamente dalla loro capacità economica di accedere a servizi in regime privato.

Per la tutela della salute e dei diritti dei pazienti è necessario ricostruire e rafforzare la funzione propria dei MMG , prima cura e appropriato indirizzamento degli utenti.

Allo stesso modo è apprezzabile l'individuazione di un ulteriore punto di accesso al sistema, con le Case di Comunità (ex Case della Salute), ma anche in questo caso esse vanno realizzate con l'obiettivo di integrarle al ruolo e alle funzioni di prima cura e indirizzamento.

Solo in tal modo l'intero sistema sanitario funzionerà bene e l'utente potrà muoversi tra i vari settori dell'assistenza sanitaria opportunamente guidato, indirizzato e protetto anche negli aspetti organizzativi, nelle prenotazioni e nell'individuazione dell'intero percorso di cura di cui necessita.

Se queste funzioni vengono meno o sono insufficienti, il sistema non può che presentare gravi criticità in vari settori: Pronto Soccorso, Liste di Attesa, incapacità di reagire e affrontare emergenze improvvise, ecc. .

Anche per questo vanno previsti nuovi e urgenti interventi per ripristinare il ruolo dei MMG. Per potenziare il numero dei MMG e prevenire le previsioni di ulteriori carenze in futuro è necessario agire sul processo di formazione con regole che ne facilitino l'accesso e condizioni pari alle altre specializzazioni.

Un intervento possibile e realizzabile in tempi brevi è il finanziamento di un servizio di segreteria per i MMG in servizio.

Come è noto l'attività del MMG è gravata da una serie di procedure-obblighi organizzativi e burocratici che ne limitano il tempo effettivamente dedicato alle visite (si stima di circa il 30%). Ebbene se ogni MMG disponesse di una segretaria (in futuro potrebbe essere anche infermiera), ecco che il suo tempo dedicato ai pazienti aumenterebbe istantaneamente della stessa misura. Inoltre la qualità del servizio migliorerebbe sensibilmente: la segretaria potrebbe occuparsi immediatamente della fase di prenotazione degli eventuali esami diagnostici e specialistici e al paziente verrebbero risparmiato l'attuale calvario di trovare prenotazioni e luoghi di cura disponibili.

Sarebbe anche un affare economico per il sistema: al costo di una segretaria si avrebbe tempo medico in più e, con un sistema informatico di collegamento, all'uscita dallo studio il paziente disporrebbe già di tutte le prenotazioni necessarie.

Tenendo presente che i MMG sono 40mila circa, con poco più di 800/900milioni l'anno si potenzierebbe almeno di un terzo la quantità del servizio e se ne innalzerebbe di molto la qualità, con benefici effetti sull'equilibrio e il funzionamento di tutto il resto del sistema.

Inoltre, poiché attualmente il rapporto dei MMG con le Regioni è di tipo convenzionale/professionale, sarebbe sufficiente garantire ai MMG il finanziamento, spettando a loro la scelta del nuovo personale di segreteria e rendendo nulli i tempi di assunzione tipici delle organizzazioni pubbliche (concorsi, ricorsi, graduatorie, nomine..). Sarebbe sufficiente che le regioni (o il Ministero) predisponesse il fac-simile del contratto che i singoli MMG dovrebbero adottare.

Per migliorare il ruolo svolto dai MMG, con finanziamenti limitati, è auspicabile inoltre dotare i loro studi di apparecchiature di diagnostica semplice e poco costosa (ad esempio ECG e simili) che potrebbe contribuire ad alleggerire la richiesta di tali prestazioni nel resto del sistema a valle, limitando al contempo tempi e liste di attesa.

Fra le problematiche del settore è presente anche la natura giuridica del rapporto MMG-SSN. Attualmente il MMG è un libero professionista legato al SSR da una convenzione che prevede orari del servizio, corrispettivo economico, obblighi a carico del professionista, ecc . Si dibatte se sia da preferire un rapporto di dipendenza tipo quello dei medici ospedalieri o meno. La categoria, tradizionalmente caratterizzata anche da spinte corporative, è restia a questa soluzione. Anche se questa specifica questione appare minore rispetto al ruolo e le funzioni dei MMG nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, può essere interessante la posizione del *Movimento MMG per la Dirigenza* che propone la possibilità di convivenza delle due forme, a scelta dei singoli.

Un altro tradizionale punto di accesso al sistema è la Guardia Medica, un servizio prevalentemente notturno e al sabato e domenica, nato per sostituire-integrare il ruolo dei MMG. Da decenni è stato anch'esso lasciato lentamente "deperire" sia come risorse disponibili che come funzioni. A volte è anche poco collegato e integrato con il resto del sistema e ruolo e potenzialità non sembrano utilizzate al meglio.

Da qualche tempo il settore privato ha iniziato a coprire le insufficienze della medicina di base (MMG, Guardia Medica..) offrendo servizi simili a pagamento.

## 7.2 Pronto Soccorso

Un altro tradizionale accesso al SSN è il Pronto Soccorso o meglio il sistema di Emergenza Urgenza. Esso consiste in un sistema dedicato all'intervento in situazioni improvvise e di gravità accertata o sospetta, in cui i pazienti, a causa di eventi improvvisi come incidenti o malori, necessitano di cure e diagnosi a brevissimo tempo e spesso di interventi immediati mirati alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. Fa parte di questo accesso il sistema di gestione e rapido invio di mezzi attrezzati (ambulanze, elicotteri) e auspicabilmente interagenti con il sistema di ricezione, normalmente indicato come Pronto Soccorso, posizionato presso strutture ospedaliere dotate anche di particolari e complessi settori di stabilizzazione (Terapie Intensive), oltre che di possibilità di effettuare in continuo tutti gli esami diagnostici e di laboratorio necessari.

Dunque un PS non è solo un posto fisico aperto sulle 24h in grado di accogliere e valutare situazioni di emergenza o critiche, ma per farlo necessita di un retroterra clinico diagnostico rilevante; inoltre per gestire al meglio ogni situazione deve poter interagire con altri reparti della propria struttura e con altre strutture esterne a diversa intensità di cura ove, se necessario e utile, poter trasferire rapidamente i casi trattati.



Se il sistema di PS funziona bene, tutto il sistema sanitario ne beneficia e viceversa se altre parti del sistema sanitario presentano carenze esse fatalmente si riversano negativamente sulla efficienza ed efficacia del PS.

E' proprio quello che si verifica in Italia da molti anni.

Decenni di disattenzione verso l'organizzazione dei normali primi punti di accesso al SSN ha squilibrato il sistema e ha sottoposto in particolare il PS ad un carico eccessivo ed improprio.

Non trovando altri accessi facilmente disponibili e praticabili, per ogni dubbio di salute l'utenza si riversa sul PS, affollandolo di casi impropri (la maggioranza di codici bianchi e verdi ne sono la dimostrazione) e distorcendone la funzionalità per i casi appropriati.

A questa causa generale di sistema se ne è aggiunta un'altra legata alla cattiva organizzazione interna: in particolare la scarsa interazione con il resto dei reparti della struttura e la scarsa connessione con altre strutture esterne ove poter trasferire qui casi che necessitano di minor intensità di cure. Anche questo provoca un artificiale sovraffollamento ed una confusione gestionale dei PS.

Se per eliminare la prima causa è necessario agire sul resto del sistema (MMG, Case di Comunità, altre tipologie di accesso) per quest'ultima è necessario agire sulle regole di organizzazione delle strutture ospedaliere dotate di PS principalmente mediante:

- rafforzamento del "potere" del PS di disporre dei letti liberi necessari negli altri reparti, in base alla conoscenza in tempo reale delle reali disponibilità (ora spesso gli altri reparti sono poco collaborativi e non propensi a rendere subito disponibili letti o quote di essi)
- dotazione di sistemi informativi adeguati
- disponibilità in PS di opportuni spazi e tecnologie per gestire il flusso e lo smistamento/indirizzamento opportuno
- stretto collegamento informatico e organizzativo con strutture esterne a minor intensità di cura
- adeguate condizioni di lavoro e economiche al personale.

### 7.3 Numero unico **116117** per cure non urgenti

Un altro punto di accesso, peraltro quasi sconosciuto e attualmente poco presente, è il Numero Unico Europeo **116117**, un numero telefonico per l'accesso a cure mediche e ad altri servizi territoriali.



Il numero dovrebbe essere disponibile sulle 24h tutti i giorni per rispondere a chiamate di cure non urgenti ed è progettato per funzionare da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza.

Uno strumento semplice, sempre disponibile e in grado di indirizzare e organizzare gli interventi necessari e proporzionati alle diverse necessità di salute (si rifà all'esperienza del NHS Direct inglese).

In particolare, come riportato dal sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5440&rea=Lea&menu=numeriUnici>) dovrebbe garantire una risposta operativa anche con trasferimento di chiamata per:

- prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale
- individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118 o al 112
- modalità di accesso a Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta anche in caso di difficoltà di reperimento
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118
- risposta di tipo informativo;
- altri servizi

Insomma un servizio permanente di prima consultazione, valutazione e informazione con lo scopo di aiutare, filtrare e indirizzare l'utente ai punti più idonei del sistema sanitario.

Sembrerebbe lo strumento ideale per riequilibrare il sistema e fornire all'utente ogni giorno e in ogni orario il primo supporto e l'indirizzamento al punto più idoneo del sistema.

Perché allora usare il condizionale?

Perché questo strumento è stato deciso e definito a livello europeo dal 2007-2009 (*Decisioni della Commissione Europea n. 116 e n. 184*), a livello nazionale dal 2014 (*Intesa stato Regioni 10 luglio 2014, Art. 5 comma 12*) ma solo nel 2022 il Ministero ne ha previsto le regole organizzative (*Decreto 23 maggio 2022 , n. 77 , Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, Allegato 1, Cap 9, Centrale Operativa 116117*) , con la conseguenza che ad oggi il servizio è disponibile (ma praticamente sconosciuto) solo in Lombardia e in alcune province del Piemonte.

In altre parole un importantissimo strumento nato e progettato per gli utenti e per connettere i principali punti di accesso al SSN è ad oggi praticamente sconosciuto, non funzionante se non inattivo per la gran parte della popolazione, che continua ad affollare in maniera impropria i PS di tutta Italia.

Un altro esempio di servizio/obbligo previsto dalla normativa (europea, nazionale e regionale) che viene ignorato, violato e rimandato da anni.

#### 7.4 Case di Comunità

Nel 2007 il Ministro della Salute Livia Turco (Decreto 10 luglio) introdusse in via sperimentale le Case della Salute orientate a offrire servizi h24 nel campo delle cure primarie, la cui organizzazione fu approfondita dal Ministro Balduzzi nel 2012 (Decreto Legge n. 158, 13 settembre).

Le Case della Salute furono sperimentate diffusamente soprattutto in Emilia Romagna e Toscana.

Nel 2021 il PNRR, nell'ambito della Misura Salute, ha previsto l'introduzione delle Case di Comunità e con Decreto n. 77 del 2022 sono stati definiti molti aspetti organizzativi dell'assistenza territoriale, fra cui le Case di Comunità (Allegato 1, Cap 5) indicandole come *il luogo fisico, di prossimità' e di facile individuazione al quale l'assistito può' accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.*

In altre parole un accesso al sistema sanitario generale in cui disporre tutti i giorni (in teoria h24) dei principali servizi di base (MMG, medicina specialistica, personale infermieristico, assistenza socio-sanitaria...). E' stata prevista la numerosità delle Case di Comunità (una ogni 40-50mila abitanti, ecc) e i finanziamenti.

Come al solito grandi pronunciamenti generali, molte sigle e acronimi (la sanità è uno dei massimi produttori di sigle e acronimi) ma stanziamenti rivolti più che altro alla realizzazione delle sedi fisiche e di qualche apparecchiatura; praticamente niente per l'assunzione del personale necessario o per garantirne il ruolo organizzativo e la funzione all'interno del sistema sanitario.

Il modello organizzativo teorico che comprende le Case di Comunità può essere condivisibile in quanto rivolto ad arricchire l'assistenza primaria sul territorio, favorire le prime cure, indirizzare opportunamente gli utenti a eventuali servizi successivi specialistici (contribuendo in tal modo anche al miglioramento del funzionamento di PS, diagnostica specifica, ricoveri ospedalieri, accesso a servizi riabilitazione, ecc).

Ma anche in questo caso va usato il condizionale perché sinora ci si è limitati ad una azione di ristrutturazione fisica di sedi (di solito ex poliambulatori) e poco o nulla è cambiato come nuova disponibilità di servizi o come miglioramento del modello organizzativo di assistenza. Insomma un intervento di carattere immobiliare (peraltro apprezzabile) ma non un miglioramento delle modalità di accesso al sistema sanitario.

## **8. Il dimensionamento del personale: medici e infermieri**

Dalla nascita del SSN, non c'è mai stata una vera programmazione del personale su base pluriennale e in base a valutazioni quantitative delle reali necessità dei servizi. La numerosità delle varie tipologie del personale è scaturita quasi sempre da altre esigenze o fattori collaterali. Nella fase iniziale (1978- anni '90), in cui le USL erano gestite da rappresentanti dei gruppi consiliari comunali, sono spesso prevalse logiche lottizzatorie che hanno portato anche ad eccessi di personale. E' il caso del numero di medici che sino ad un decennio fa era il più alto del mondo, rapportato alla popolazione.

Nella fase successiva, con l'esigenza di riportare sotto controllo il deficit sanitario, sono prevalsi interventi drastici, come il blocco delle assunzioni. In tal modo l'effettiva distribuzione dei medici nelle diverse specialità è stata di fatti progressivamente decisa dalle regole di pensionamento non dalle esigenze cliniche. Il risultato è la situazione attuale: il numero complessivo dei medici è in media ai valori internazionali (anzi a volte superiore a quelli di paesi comparabili) ma la loro distribuzione è impropria così che in alcuni settori si verificano carenze (MMG, medici di Pronto Soccorso, anestesisti..).

Anche lo strumento del "numero chiuso" è stato usato in modo improprio perché ha tenuto conto più delle necessità/possibilità delle università di Medicina e dei loro equilibri interni che di una vera programmazione; inoltre ulteriori passaggi burocratici legati a logiche interne al sistema, hanno complicato la fase di specializzazione, trasformando un possibile strumento di governo in un ulteriore vincolo non legato alle esigenze reali.

Va detto che tutti questi limiti sono migliorabili senza grandi difficoltà, se si cambiano le regole di funzionamento.

Non c'è dunque una mancanza generale nel numero di medici, piuttosto carenze specifiche da colmare con assunzioni mirate procedure semplificate e migliore distribuzione fra specialità e a volte sul territorio. Contestualmente alcuni fattori negativi della sanità pubblica (principalmente nella valutazione del merito e nella carriera, spesso influenzata dalla

vicinanza politica), spingono un certo numero di medici verso il settore privato; tali fattori vanno rimossi.

Analisi diversa per quanto riguarda il settore infermieristico.

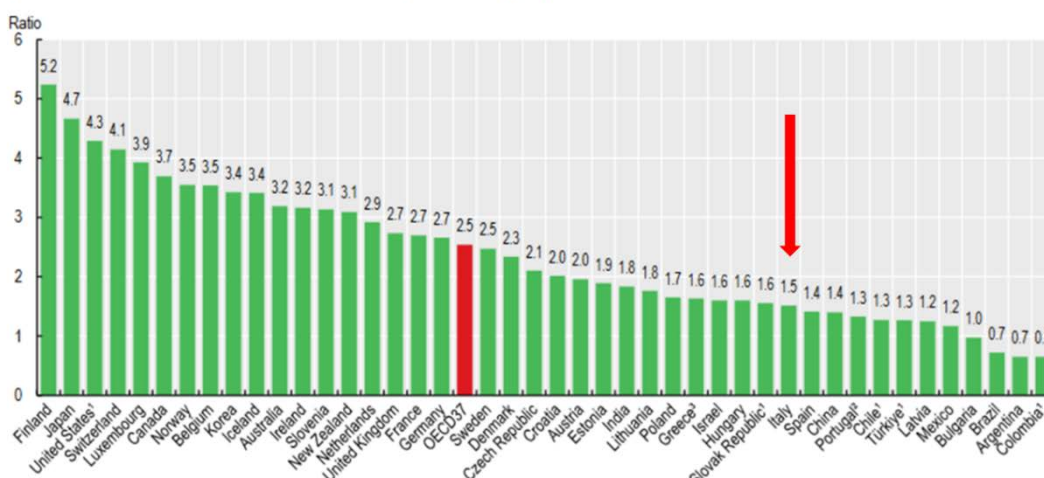
Da sempre in Italia il numero di infermieri è molto inferiore a quello di altri paesi (la metà, un terzo) e fortemente insufficiente. Se si fanno confronti con paesi quali Svizzera, Francia, Germania, USA, Norvegia, Giappone... il risultato è umiliante e purtroppo determina fortemente la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dell'utenza.

Il confronto fra il rapporto infermieri/medici (Fig. 2) quantifica la nostra distanza dagli altri paesi.

Dunque è necessaria una azione di miglioramento delle regole relative all'assunzione e alla gestione dei medici ma la vera emergenza è l'insufficienza del numero degli infermieri per i quali va programmata da subito una politica pluriennale di forti assunzioni e di consistenti miglioramenti economici.

Fig. 2 – Rapporto infermieri medici

Figure 8.14. Ratio of nurses to doctors, 2021 (or nearest year)



Fonte: Health at a Glance, OECD, 2023

E' inoltre utile e consigliabile allargare il ruolo e l'operatività assistenziale degli infermieri ad alcuni casi assistenziali ora rigidamente attribuiti al personale medico, come peraltro suggerito anche a livello internazionale, liberando in tal modo anche "tempo medico".

## 9. Tempi e Liste di Attesa

Negli ultimi anni tempi e liste di attesa per visite specialistiche ed esami diagnostici sono aumentati in maniera consistente, diversamente dai ricoveri ospedalieri per i quali tale fenomeno si manifesta in modo più attenuato.

Il fatto che l'entità del fenomeno vari sensibilmente da Regione a Regione (ma anche all'interno di una stessa Regione) e che ovunque appaia facilmente superabile a pagamento rivolgendosi al regime di intramoenia delle strutture pubbliche o a quello privato delle strutture private accreditate (anch'esse parte del SSN) indica che la causa principale non è una insufficienza generalizzata sul fronte dell'offerta dei servizi ma una cattiva capacità di governo del settore.

Tale mancanza di governo nasce da

- la tradizionale sottovalutazione delle esigenze dell'utenza rispetto alle esigenze/interessi interni al sistema,
- la mancanza di strumenti realmente efficaci a disposizione dell'utenza (a parte denunce o lettere ai giornali),
- la progressiva crescita del settore privato accreditato non adeguatamente governata e guidata dal soggetto pubblico
- la colpevole mancanza di strumenti efficaci e istantanei di conoscenza del fenomeno.

A titolo di esempio va citato il fatto che in molte regioni, anche del nord (compresa la Lombardia) la carenza degli strumenti di conoscenza e governo del fenomeno, primo fra tutti il CUP - Centro Unico di Prenotazione, è macroscopica; in quelle regioni non si è in grado di governare efficacemente neanche il fenomeno del no-show cioè della mancata presentazione alle visite/esami diagnostici degli utenti che si sono prenotati (in Lombardia sono il 23%).

Gli attori pubblici di governo (Ministero e Regioni) sono apparsi sorpresi dall'aumento dei tempi di attesa e in forte ritardo su analisi e soluzioni.

Il riflesso comune è stato quello di stanziare fondi per favorire transitoriamente una maggiore capacità erogatrice tramite attività pubblica intramoenia o acquisto di quote maggiori di prestazioni dal privato accreditato.

Tanto a livello nazionale che regionale non c'è traccia significativa di analisi e misure delle necessità di salute e delle capacità di offerta, sia quantitative che per tipologia, né di strategie di intervento a medio lungo termine.

L'importante problema dell'appropriatezza delle cure e delle prestazioni è (talvolta) solo evocato ma quasi mai affrontato a livello decisionale con regole operative nuove. D'altra

parte va ricordato che il principale strumento di programmazione di sanità e salute, Il Piano Sanitario Nazionale, manca da oltre 16 anni.

Tempi e liste di attesa sono dunque logici esiti dell'assenza di analisi e strategie programmatiche e di conseguente carenza organizzativa.

L'unico soggetto che è stato pronto ad organizzarsi e a governare il fenomeno dal suo punto di vista (secondo logiche di "mercato") è il privato accreditato, cui peraltro non può essere addebitata la mancata intelligenza del fenomeno da parte pubblica.

Appare dunque necessario, in base a serie analisi dell'evoluzione delle esigenze di salute della popolazione:

- definire la quantificazione delle esigenze di cura e di prestazioni, per tipologia e per territorio
- confrontarla con la capacità di offerta del SSN ed in particolare delle sue strutture pubbliche
- governare il dimensionamento quantitativo e qualitativo dell'offerta necessaria
- programmare una politica di appropriatezza delle cure, con regole operative sul fronte dei prescrittori e con adeguati modelli informativi sul fronte dell'utenza
- governare il settore dell'accreditamento (strutture private accreditate) in base alle esigenze emerse dalle quantificazioni e programmazioni effettuate.
- coordinare l'opera di programmazione nazionale con le necessarie programmazioni regionali.

In questo quadro è fondamentale che le regole e la quantificazione dell'Accreditamento stabilite dalle Regioni avvenga a valle della programmazione di cui sopra e non a monte, come ora avviene in molte Regioni. E' altrettanto fondamentale che siano concordate ed introdotte regole operative di appropriatezza nella fase di prescrizione, accompagnate da un opportuno sistema di monitoraggio e controllo.

Negli ultimi anni il Ministero ha messo a punto un Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2022) cui sono seguiti i Piani Regionali per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA). Il Piano disegna una organizzazione specifica, dei vincoli e degli obiettivi da rispettare; inoltre opportunamente individua un "percorso di tutela" per gli utenti che non riescono ad accedere ai servizi nei tempi massimi indicati. E' una costruzione logica e in molti punti apprezzabile anche se dal punto di vista operativo e degli effetti realmente conseguiti restano molti dubbi. In particolare il percorso di tutela è ai più sconosciuto e impraticabile.

Su questo tema in Appendice è riportato un documento dettagliato, con indicazioni di possibili iniziative.

## 10. Salute Mentale

I servizi dedicati alla Salute Mentale sono strutturati principalmente a livello territoriale (distrettuale) ma prevedono anche posti ospedalieri dedicati e strutture residenziali e semiresidenziali.

Come analiticamente esposto in un recente intervento di Fabrizio Starace, Direttore DSMDP AUSL Modena, Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e Presidente della Sez. III del Consiglio Superiore di Sanità, ([https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=121380&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121380&fr=n)) il modello organizzativo attuale è pregevole ma da rafforzare soprattutto a livello di finanziamenti e risorse, proprio perché negli ultimi decenni, al pari degli altri settori della medicina territoriale, è stato sotto finanziato e nei fatti trascurato nelle scelte di politica sanitaria.

La spesa italiana per assistenza psichiatrica in percentuale sul Fondo Sanitario Nazionale è la più bassa tra i paesi comparabili, il numero degli operatori è inferiore a quello programmato, i centri territoriali presentano carenze a livello di strutture, spazi e disponibilità di servizi, così che la continuità assistenziale ospedale-territorio risulta largamente insufficiente. Inoltre tutte le analisi evidenziano enormi differenze fra le regioni e anche nell'erogazione dei servizi all'interno delle singole regioni.

In altre parole è un settore anch'esso vittima di scelte centrate sul settore ospedaliero, disattente all'equilibrio e all'interazioni del sistema nel suo complesso, con l'aggravante di un cronico specifico sotto finanziamento che va assolutamente colmato.

E' un settore il cui finanziamento va aumentato in modo consistente con urgenza.

## 11. Sanità regionale, partiti e strumenti di consenso

Secondo la legislazione in materia di sanità le decisioni generali sul sistema sanitario sono assunte a livello centrale dal Parlamento e dal Governo (con leggi, decreti, atti di varia natura), quelle sull'assetto del sistema sanitario regionale e sulle sue regole di gestione sono assunte dal Consiglio regionale e dalla Giunta. Partiti e maggioranze politiche, nazionali e regionali, hanno il diritto-dovere di assumere decisioni di **politica sanitaria** (generale e specifica) nei propri ambiti di competenza.

In particolare la normativa prevede che la scelta dei Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie sia effettuata dalla Giunta regionale secondo alcune regole che, almeno a livello teorico, cercano di salvaguardare il criterio del merito e della scelta professionalmente più idonea per quella certa azienda in base alle caratteristiche tecniche e agli obiettivi di politica sanitaria individuati e proclamati.

L'uso distorto di tali regole fa sì invece che sia costume regionale diffuso scegliere i DG in base a criteri di appartenenza-vicinanza politica ai partiti, gruppi, sottogruppi o cordate che operano all'interno della maggioranza regionale.

Tenendo presente che i DG nominano a loro volta i Direttori Sanitari e Amministrativi e scelgono (tra rose di nomi) i responsabili clinici dei reparti e servizi ("primari"), la presa dei partiti si riverbera sino alla gestione dei singoli reparti clinici. Alle figure apicali (sanitarie e non) è chiaro che per aspirare ad avanzamenti di carriera conviene frequentare più i congressi di partito che quelli scientifici e curare maggiormente le amicizie partitiche che l'approfondimento professionale.

Anche questo spinge alcuni (spesso i più bravi o i meno "rassegnati") a spostarsi presso i centri privati, accreditati e non, per quali doti professionali e di efficienza clinica sono essenziali per il successo economico.

La realtà regionale diffusa è che la stortura nella nomina dei DG si moltiplica e si amplia in tutta la gestione delle aziende sanitarie pubbliche orientando pesantemente le nomine dei responsabili sanitari e amministrativi, gli appalti, le assunzioni, i criteri di promozione aziendale, e in genere l'intera gestione aziendale.

In altre parole il giusto diritto di occuparsi di politica sanitaria si trasforma nella occupazione partitica (partiti, gruppi e sottogruppi interni, cordate e a volte "bande" di varia natura) abusiva della gestione sanitaria spicciola.

Anche in questo caso non servono finanziamenti, ma miglioramenti delle regole di scelta. Ad esempio tramite maggiori vincoli tecnici nella composizione delle Commissioni di selezione introducendo rappresentanti indipendenti delle maggiori società di "cacciatori di teste", normalmente usate dalle medie e grandi società private in tutti gli altri settori economici (anni fa si erano offerti di farlo gratis), selezionare i candidati in base agli obiettivi individuati (questi sì, dalla politica!) per le singole aziende sanitarie da definirsi prima e non dopo la scelta dei candidati (oggi in molti casi è l'inverso!), rendere vincolanti le graduatorie emerse senza le attuali grandi discrezionalità delle Giunte regionali.



## 12. Cittadini e SSN: diritti e strumenti di tutela

I cittadini sono stati da sempre l'anello debole nel sistema sanitario italiano, tanto che in assenza di strumenti efficaci spesso non hanno altro modo che ricorrere alla magistratura e ai suoi tempi biblici. Tale canale dovrebbe essere percorso solo in casi estremi, ove vi fossero strumenti efficaci, diffusi, facilmente accessibili e conformi alle esigenze di informazione, conoscenza e tutela dei cittadini in materia sanitaria.

A partire dalla riforma degli anni '90 e anche nell'ultimo decennio sono stati formalmente introdotti alcuni nuovi strumenti/percorsi teoricamente apprezzabili ma di scarso impatto pratico perché privi di dotazioni adeguate, di personale e possibilità di vero intervento all'interno delle aziende sanitarie. Il settore della informazione e tutela dell'utenza è ritenuto troppo spesso residuale e di scarso interesse nell'ambito dei sistemi regionali e delle strategie aziendali.

I principali strumenti attuali sono: URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), Carta dei Servizi, UPT (Ufficio di Pubblica Tutela) o simili tipo CCM (Comitati Consultivi Misti), Difensore Civico Regionale.

Se si entra in un ospedale o qualsiasi azienda sanitaria con difficoltà si individua la locazione fisica di questi uffici (a meno di una forte ostinazione) e, una volta trovati, con molte probabilità li si trova non accessibili per via di orari ristretti.

In particolare l'URP è un ufficio dell'azienda che ha certo il compito di informare, di raccogliere reclami e possibilmente di risolverli, ma rappresenta comunque l'azienda.

L'UPT (o simile in alcune regioni) è invece un ufficio indipendente dall'azienda con il compito di tutelare i cittadini, supportarli in caso di reclami accedendo a qualsiasi documento necessario, ma anche controllare il rispetto della Carta dei Servizi (effettiva disponibilità di prestazioni, accessibilità, rispetto dei tempi massimi di legge..). I suoi poteri sono però limitati a richieste di cambiamento non vincolanti per la struttura sanitaria. Inoltre, quantomeno in alcune regioni (ad esempio la Lombardia) la loro presenza è limitata alle strutture pubbliche; l'obbligo andrebbe esteso anche alle strutture accreditate (finanziate dalle Regioni) nelle quali i cittadini hanno diritto allo stesso trattamento e alle stesse tutele. La Carta dei Servizi dovrebbe essere una sorta di contratto tra struttura e cittadini, con il quale la struttura si impegna a fornire servizi e prestazioni in orari, modalità e tempi massimi dichiarati; ma non ci sono "penalità" in caso di non rispetto di tale contratto.

Sedi, personale, risorse, canali di informazione sono quasi sempre insufficienti rispetto alla funzione istituzionale e alle esigenze dell'utenza.

Anche il Difensore Civico Regionale (denominazioni e funzioni cambiano da regione a regione) spesso non dispone di strutture, mezzi e poteri necessari. Come esempio si può citare il caso del Difensore della Lombardia (regione con oltre 10 milioni di abitanti) il quale è allo stesso tempo Garante per la tutela della Salute, Garante dei Detenuti, Garante per la tutela delle persone con Disabilità, Garante del Contribuente !

Insomma la legislazione ha individuato diversi strumenti ma in generale essi hanno strutture e risorse non proporzionati alle esigenze e i loro poteri di intervento sono limitati e comunque non vincolanti.

In questo caso è macroscopica l'esigenza di un fortissimo rafforzamento strutturale e un ampliamento dei poteri di intervento, anche se il costo complessivo è certamente contenuto, almeno rispetto a molte delle altre criticità del sistema viste.

### **13. La questione del Finanziamento e della Spesa sanitaria**

Una delle questioni che viene più frequentemente posta in questi anni (in particolare nei mesi finali dell'anno, quando si discutono le leggi di Bilancio), è l'ammontare del finanziamento del SSN ritenuto dai principali attori interni al sistema sanitario (regioni, sindacati, categorie di operatori....) insufficiente alle necessità e causa delle principali disfunzioni del sistema.

Come si può vedere in Fig. 3, rispetto ai principali paesi industrializzati comparabili, la spesa sanitaria complessiva (pubblica+privata) italiana nel 2022 (ultimo dato disponibile) in rapporto al PIL è in linea con la media OECD (circa il 9% del PIL, rispetto alla media OECD del 9,2%) ma ha una spesa pro capite più bassa (4.291 \$PPP contro 4.986 \$PPP della media).

Rispetto a paesi a noi vicini (Francia, Germania, Regno Unito e Svizzera) le differenze sono maggiori: circa 2-3 punti di PIL.

Prima di provare a rispondere se il finanziamento del sistema sanitario italiano (e la relativa spesa sanitaria) sia insufficiente o meno è bene porsi questa domanda: esiste una spesa sanitaria "giusta" e se sì qual' è il suo ammontare?

Se si osserva l'ammontare della spesa sanitaria nei principali paesi industrializzati del mondo si vede che ci sono paesi che spendono molto più di altri: gli USA spendono il doppio di Norvegia, Grecia e Israele, mentre Germania e Francia spendono un terzo in più di Italia, Danimarca e Australia e il 20% in più di Spagna e Svezia.

Fig. 3 – Spesa sanitaria in % sul PIL e pro capite in dollari USA PPP (a parità di potere di acquisto)

Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)

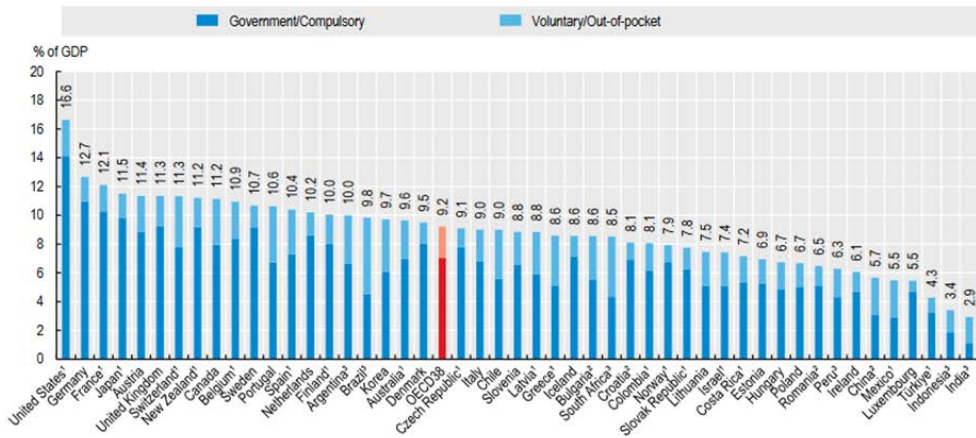
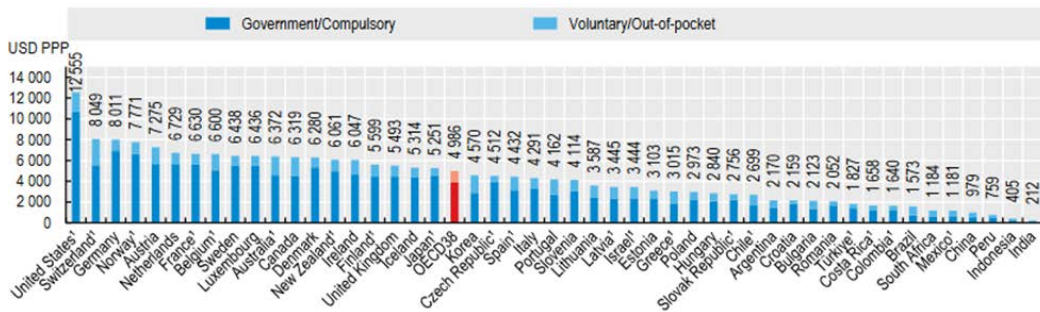


Figure 7.4. Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)

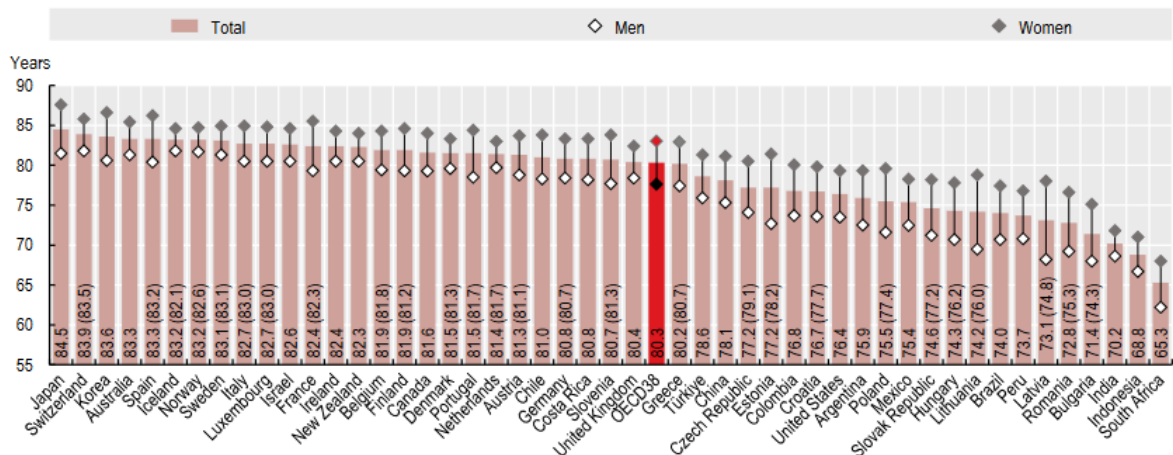


Fonte: Health at a Glance 2023. OECD Indicators, OECD 2023

La situazione della salute è riassunta invece in Fig. 4 che mostra l'aspettativa di vita alla nascita (in anni) per gli stessi paesi.

Fig. 4 – Aspettativa di vita alla nascita in anni

Figure 3.1. Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year)



Fonte: Health at a Glance 2023. OECD Indicators, OECD 2023

Per provare a trovare quale sia la spesa sanitaria giusta, è forse utile fare una semplice comparazione tra spesa sanitaria e salute nei vari paesi. Nella Tabella 2 sono riportati i valori di spesa sanitaria e di salute (misurata tramite gli anni di aspettativa di vita alla nascita) di Italia e altri paesi comparabili per sviluppo (dati 2022, Health at a Glance Oecd 2023).

*Tab. 2 – Spesa sanitaria e salute per alcuni paesi comparabili per sviluppo*

<b>paese</b>	<b>Spesa in % PIL</b>	<b>Aspettativa di vita alla nascita in anni</b>
USA	16,6	76,4
Regno Unito	11,3	80,4
Germania	12,7	80,8
Francia	12,1	82,4
Italia	9	82,7
Svizzera	11,3	83,9
Giappone	11,5	84,5

E' immediato vedere che il paese che spende di più (USA) ha la salute peggiore e che i 2-3 punti di maggior spesa di Francia, Germania e Regno Unito rispetto all'Italia non producono vantaggi in termini di salute. Il Giappone presenta da sempre la salute migliore, anche in anni passati quando spendeva come l'Italia.

Si potrebbero fare ulteriori elaborazioni e considerazioni (prendendo in esame tutti i paesi del mondo, anche quelli meno sviluppati) ma sinteticamente la conclusione è che non c'è correlazione tra spesa sanitaria e salute; meglio, sopra un certo valore di spesa (circa 8-9%), non sembrano esserci benefici automatici nello spendere di più.

Dipende molto da come, dove e per cosa si spende, come è distribuita la spesa per settore, quale modello organizzativo si è adottato e dalla presenza di una serie di altri fattori (informazione e partecipazione dei cittadini ad esempio), non ultimi i determinanti non sanitari (ambiente socio economico, stile di vita, alimentazione..).

Insomma certamente l'Italia spende poco ma è una illusione pensare che le attuali criticità dipendano tutte dal livello di spesa e che spendendo molti miliardi in più l'anno automaticamente i problemi troverebbero soluzione; è più probabile che se non si modificano alcune regole e comportamenti e non si cambia l'allocazione delle risorse nei diversi settori una maggiore spesa verrebbe utilizzata per mantenere l'attuale equilibrio

interno agli interessi e agli attori sanitari, cioè paradossalmente per mantenere gli attuali difetti.

Qualche miliardo di euro in più certamente è di grande utilità, ma solo se indirizzato esclusivamente in determinati settori e a precise, motivate e dichiarate finalità, non indistintamente all'attuale assetto sanitario. Una richiesta di maggiore finanziamento va legata alla individuazione delle specifiche necessità e alla quantificazione ragionata delle soluzioni.

In questo periodo è stato reso noto un appello di 14 personalità (primo firmatario il Prof. Parisi, premio Nobel) che, dopo aver analizzato le principali carenze del sistema sanitario italiano, propone di aumentare il finanziamento della quota pubblica della spesa all'8% del PIL.

Certamente è condivisibile l'elenco delle attuali criticità, ma desta qualche perplessità sia la valutazione che esse derivino esclusivamente da una carenza di finanziamento, sia la quantificazione non motivata della quota pubblica necessaria (perché l'8% e non l'8,5 o il 7,5 o il 9%) ?

E' bene ricordare che in Italia la quota pubblica della spesa sanitaria è cifrata al 6,3-6,4% rispetto al PIL negli ultimi anni.

Dunque proporre di raggiungere l' 8% significa richiedere un aumento di finanziamento pari all' 1,6-1,7% del PIL. Poiché quest'ultimo vale circa 1.790 Miliardi di euro, l'aumento richiesto è pari a circa 28,6-30,4 Miliardi di euro l'anno. Una cifra mastodontica (una intera Finanziaria) superiore all'intero bilancio della Difesa, 4/5 volte la spesa per la Giustizia... e comunque non derivata da una quantificazione delle necessità e dei tempi connessi a superarle. Certamente lo scopo degli autori dell'appello era sottolineare comunque l'esigenza di maggiori finanziamenti, ma è metodologicamente più corretto e politicamente più convincente cercare di quantificare e motivare l'esigenza di un aumento dei finanziamenti, collegandoli al superamento delle criticità evidenziate.

Anche perché una eventuale "abbondanza" di finanziamenti indistinti rischierebbe di favorire il mantenimento delle attuali storture e inefficienze del sistema.

Può essere dunque utile, oltre che necessario, provare a quantificare l'aumento del finanziamento necessario suddiviso per singole criticità, magari suddiviso nel tempo, ad esempio in due fasi: una immediata (1-2 anni) e una a regime (5-6) anni.

La Tab. 3 sintetizza una possibile realistica valutazione delle esigenze di finanziamento aggiuntivo annuo suddiviso per le principali criticità analizzate e per le due fasi di intervento

(subito 1-2 anni; a regime 5-6 anni); i finanziamenti della seconda fase sono comprensivi della prima.

Tab. 3 – Stima dei finanziamenti aggiuntivi annui (in Miliardi di euro) per settore e per fase

settore	subito (1-2 anni)	a regime (5-6 anni)
Ruolo del Ministero e rispetto delle regole (1)	----	-----
Metodo calcolo LEA (1)	-----	-----
MMG e canali di accesso (2)	1	1,5
ADI, Salute Mentale (3)	1,5	3
Non autosufficienza, disabilità, cronicità (4)	1	3
Personale infermieristico (5)	1,5	3
Strumenti di tutela dell'utenza (6)	0,5	0,5

<b>Totale</b>	<b>5,5 Miliardi</b>	<b>11 Miliardi</b>
---------------	---------------------	--------------------

(1) non richiedono finanziamenti aggiuntivi

(2) istituzione di servizi di segreteria per i MMG e potenziamento del numero 116117

(3) aumento del finanziamento di ADI e settore della Salute Mentale

(4) aumento dei fondi relativi

(5) aumento significativo (almeno 10%) dello stipendio degli infermieri e assunzione di 10mila infermieri subito e 50/60mila a regime

(6) rafforzamento dei canali di informazione e tutela degli utenti (URP, UPT,..); sistemi di valutazione dei servizi e delle prestazioni

Fra le urgenze è stata indicata la necessità di una politica decisamente più attiva in termini di appropriatezza delle prescrizioni e in generale dei consumi sanitari, rivolta agli operatori e all'utenza. La motivazione è principalmente di salute (consumi sanitari inutili sono potenzialmente dannosi alla salute) ma un effetto "secondario" non trascurabile è il risparmio di spesa.

Molti studi a livello internazionale hanno stimato che nei paesi sviluppati circa il 30-40% dei consumi sanitari sono inappropriati o inutili; Silvio Garattini, fondatore dell'Istituto M. Negri e uno dei maggiori esperti italiani di farmaci sostiene da anni che circa la metà dei farmaci in commercio sono inutili.

Ponendosi degli obiettivi quantitativamente raggiungibili, i settori su cui appare ragionevole agire immediatamente da questo punto di vista sono: consumo di farmaci, ricorso ad esami

diagnostici (in particolare diagnostica per immagini complessa), ricoveri ospedalieri di soggetti anziani e/o cronici.

L'obiettivo di una diminuzione del 5-10% del consumo farmaceutico, tramite politiche di appropriatezza, nuove regole più attente in fase di prescrizione, controlli conseguenti e maggior ricorso ai farmaci equivalenti (come in molti altri paesi comparabili) appare possibile da raggiungere quanto meno nel medio termine (fase a regime, 5-6 anni).

Stesso obiettivo può essere quantificato per la diagnostica.

Per i ricoveri ospedalieri appare logico concentrarsi soprattutto sulla fascia di popolazione anziana e sui cronici per i quali attualmente il ricovero spesso cerca di sopperire alle carenze di altri percorsi di cura più idonei (assistenza domiciliare in primis) ma non disponibili. In questo caso gli investimenti proposti per l'ADI e in genere per il settore disabilità-cronicità-non autosufficienza, mirano ad un setting assistenziale maggiormente indicato alle necessità di salute e allo stesso tempo garantiscono un risparmio consistente per la diminuzione del numero dei ricoveri ospedalieri attuali. Anche in questo caso prevedere una diminuzione del 5-10% dei ricoveri ospedalieri negli anziani appare prudente e ragionevole. La Tab 4 riassume una stima dei risparmi economici di una tale politica di appropriatezza. Anche in questo caso si prevedono due fasi: una immediata (1-2 anni) e una a regime (5-6 anni); tutti gli interventi di risparmio richiedono tempo e per prudenza si è assunto di stimare risparmi solo per la seconda fase.

*Tab. 4 - Stima dei risparmi annui (in Miliardi di euro) di politiche di Appropriatezza per settore e per fase*

<b>Settore</b>	<b>subito (1-2 anni)</b>	<b>a regime (5-6 anni)</b>
consumo farmaceutico (1)	-----	1,15 - 2,3
esami diagnostici (2)	-----	0,8 - 1,6
ricoveri ospedalieri (3)	-----	0,65 – 1,3

<b>Totale</b>	<b>0 Miliardi</b>	<b>2,6 – 5,2 Miliardi</b>
---------------	-------------------	---------------------------

(1) Per il 2022, il Rapporto AIFA 2022 stima in 23,5 la spesa farmaceutica pubblica

(2) Il Rapporto OASI 2023 pone la spesa specialistica al 13,3% della spesa sanitaria pubblica (circa 16,6 miliardi nel 2022)

(3) Dall' Annuario Statistico 2022, considerando le sole giornate di degenza in regime di ricovero ordinario per acuti (34,8 milioni), la % di persone anziane ricoverate (48%) nello stesso regime , un risparmio del 5-10% sulle giornate di degenza degli anziani , un costo medio di circa 800 euro per giornata di degenza

In conclusione la stima dei finanziamenti necessari per superare le criticità attuali del Servizio Sanitario Nazionale indica in 5,5 Miliardi di euro l'aumento annuo del finanziamento a breve (1-2 anni) e in 5,2 – 8,4 Miliardi di euro a regime (5-6 anni).

## 14. Conclusioni

Dibattiti e confronti sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale in Italia sono spesso polarizzati su specifiche questioni, di volta in volta presenti nella cronaca politica.

Da decenni l'Associazione Coscioni cerca invece di inserire l'analisi di ogni problema nel quadro più generale del complesso sistema sanità-salute e di individuare soluzioni in base a dati quantitativi, alle regole di governo del sistema già esistenti, al loro rispetto o meno, all'individuazione di soluzioni possibili e di tempi realistici per la loro implementazione, alla proposta ragionata di modifica delle regole che hanno dimostrato sperimentalmente di non funzionare e all'introduzione di nuove regole più semplici, trasparenti ed efficaci.

L'analisi dello stato attuale del SSN indica la presenza di alcune criticità generali di sistema:

- il Ministero della Salute ha progressivamente rinunciato al suo ruolo di programmazione, controllo, indirizzo e intervento
- il SSN è sempre meno "sistema" e sempre più somma non coordinata di "sistemi" regionali
- aumentano in tal modo disuguaglianze e disfunzioni
- al posto di una politica sanitaria proposta, discussa e attuata nelle risorse e negli strumenti, singole problematiche di settore fanno valere facilmente la forza dei raggruppamenti di interesse che le sostengono
- sul cittadino, anello debole del sistema, si scaricano sempre più le inefficienze e le confusioni del sistema, in termini di tempi di attesa, qualità dei servizi, ed effettiva disponibilità dei servizi sul territorio.

Da queste criticità generali derivano una serie di criticità specifiche che in assenza di soluzioni programmate il tempo naturalmente ha incrementato:

- insufficienza nei canali di primo accesso al sistema (a partire dai MMG) e delle loro regole di funzionamento
- obsoleta allocazione delle risorse da tempo in contraddizione con l'evoluzione demografica (sottodimensionamento dei settori cronicità-disabilità- non autosufficienza-salute mentale rispetto al settore per acuti)



- carenza di ragionata programmazione in termini di finanziamento e spesa, da quantificare invece sugli specifici settori su cui concentrare gli ulteriori finanziamenti, fissandone anche la tempistica
- mancanza di una seria politica sull'appropriatezza prescrittiva a tutela della salute dei cittadini (con benefici per il contribuente), da impostare urgentemente con regole e controlli sui prescrittori e campagne informative per i cittadini
- assenza di qualunque politica del personale, in particolare per il settore infermieristico
- eccessiva timidezza nel misurare le disomogeneità regionale (LEA) e assenza di interventi adeguati
- insufficienti interventi (a livello nazionale e regionale) su tempi e liste di attesa e sui meccanismi alla base della loro creazione
- indifferenza in materia di tutela dei diritti e di adeguamento degli strumenti già teoricamente a disposizione cittadini
- sottovalutazione della lotta all'evasione fiscale, da assumere invece come politica in difesa della salute (il SSN è finanziato tramite la tassazione generale).

L'insieme delle proposte e dei possibili strumenti di intervento politico-istituzionale è riassunto nella Tab. 5.

*Tab. 5 – Elenco delle principali proposte per superare le criticità del SSN*

<b>Problemi</b>	<b>Proposte</b>	<b>Strumenti</b>
Piano Sanitario Nazionale	Immediata preparazione, discussione e approvazione in Parlamento	Petizione, diffide sul mancato rispetto della legge, strumenti parlamentari
	Programmazione pluriennale dello sviluppo del SSN, con previsione di spostamento di risorse verso il settore disabilità-cronicità- non autosufficienza	
Metodo di misura dei LEA e nuovi strumenti in caso di esito negativo	Eliminazione del conflitto di interesse delle Regioni, aumento del numero di grandezze misurate ("Core"), pubblicizzazione dei risultati entro 2 mesi dall'anno di misura, Commissariamento per le Regioni che non garantiscono i LEA per 2/3 anni consecutivi	Petizione, diffide, proposta di legge specifica, strumenti parlamentari

Canali di primo accesso al sistema	Migliore utilizzo e potenziamento dei MMG, del numero unico, del P.S. e delle Case di Comunità	Proposte di legge e iniziative regionali
Settori di assistenza specifici	Forte potenziamento dei servizi di Assistenza Domiciliare e Salute mentale, potenziamento degli strumenti di supporto ai soggetti con disabilità	Possibilità di azioni legali per il mancato rispetto del diritto costituzionale alla tutela della salute
Appropriatezza delle prescrizioni	Attuazione di politiche nazionali e regionali di appropriatezza con regole e controlli nei confronti dei prescrittori e informazione nei confronti degli utenti	
Personale	Decisi interventi per l'assunzione di personale infermieristico, semplificazione delle regole di assunzione e impiego del personale medico	
Tempi e liste di attesa Pronto Soccorso	Rivisitazione e controllo della politica e dei meccanismi di accreditamento delle strutture private, maggiori poteri (nei confronti della propria struttura e di strutture esterne di accoglienza) e adeguate strumentazioni per i PS	Diffide per il rispetto dei <u>percorsi di tutela</u> già previsti ma non garantiti (v. allegato).
Scelta dei DG delle aziende sanitarie	Modifica delle regole attuali per impedire le occupazioni partitiche della gestione sanitaria	Strumenti parlamentari, proposta di legge nazionale e regionali
Strumenti a disposizione degli utenti	Forte potenziamento degli strumenti, dell'informazione e della possibilità di accesso	Strumenti parlamentari, proposta di legge con estensione di alcuni obblighi anche alle strutture accreditate ed estensione dei poteri di UPT e Difensore Civico
Finanziamento del sistema	Quantificare il finanziamento alle reali esigenze e concentrarlo esclusivamente sui settori critici individuati	Associare (con petizioni, proposte di legge, emendamenti parlamentari) la lotta all'evasione fiscale (e il gettito recuperato) all'incremento del finanziamento del SSN

Relativamente alle risorse necessarie per il finanziamento del SSN e delle altre politiche di salute, è bene ricordare che la lotta all'evasione fiscale è a tutti gli effetti una iniziativa in favore della salute e della sanità. Il SSN infatti si finanzia tramite la fiscalità generale e dunque l'evasore fiscale è un soggetto che oltre a non concorrere al finanziamento del sistema ne consuma gratuitamente le prestazioni.

Mentre nei modelli assicurativi (Francia, Germania, Svizzera, USA....) la copertura sanitaria è legata alla sottoscrizione di una polizza da parte del singolo (in molti casi obbligatoria, come per l'auto, ma il risultato non cambia) e in genere chi non ha assicurazione non ha copertura sanitaria, in Italia tutti dalla nascita sono automaticamente iscritti al SSN e hanno diritto alle prestazioni sanitarie esclusivamente in base alle necessità di salute e indipendentemente dalla loro contribuzione fiscale.

Dunque se l'evasione fiscale è deprecabile in tutti i paesi, lo è ancor più in Italia (e in quei paesi che hanno adottato il modello Servizio Sanitario Nazionale) perché è un nemico diretto della sanità e della salute del cittadino.

## Appendice - Documento di lavoro su Tempi e Liste di Attesa

### 1. Introduzione

I tempi e le liste di attesa per visite specialistiche, diagnostica e ricoveri sono un problema comune, pur in misura diversa, a quasi tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati.

In Italia, negli ultimi anni, tempi e liste sono cresciuti sensibilmente soprattutto per le visite specialistiche e la diagnostica e ormai costituiscono una delle principali criticità del sistema in molte regioni, comprese quelle tradizionalmente più efficienti.

La vicenda del Covid dalla fine 2019 ha accentuato la situazione e allo stesso tempo ha costituito un facile alibi per non affrontare il problema alla radice (come un po' per tutto quello che non funzionava). Ma il fenomeno ha origini e cause precedenti e finito (o "normalizzato" il Covid) si è ripresentato e continua ad aumentare.

Generalmente in presenza di tempi di attesa anomali la prima reazione è quella di aumentare la quantità dell'offerta di servizi (spesso a "pioggia"); ma l'esperienza mostra che dopo qualche temporaneo miglioramento il problema si ripropone, anche perché nei sistemi sanitari un aumento della offerta tende a provocare un aumento della domanda.

La verità è che tempi di attesa non congrui possono certo dipendere anche da un sottodimensionamento del sistema e delle strutture erogatrici ma sono quasi sempre dovuti allo "sfasamento" tra ciò che serve realmente e ciò che il sistema è abituato storicamente ad offrire.

Dunque in particolari settori può essere giusto aumentare la quantità di offerta ma l'azione principale dovrebbe concentrarsi sulla misura delle reali esigenze di salute e sull'adeguamento ad esse delle tipologie e della quantità dell'offerta sanitaria: ciò significa diminuire ciò che ormai serve poco e aumentare quello che serve alle esigenze di salute.

E' dunque necessaria una (difficile e non breve) azione di governo sul "corpo fisico" delle strutture erogatrici e una (difficile e non breve) azione sulla "mente" di operatori e utenti per aumentare l'appropriatezza delle prestazioni e delle richieste, tramite campagne informative e un sistema di controlli che non disdegni l'uso di penalizzazioni e meccanismi premianti.

Azione fisica di giusto dimensionamento delle tipologie di servizi e prestazioni da una parte, azione culturale e introduzione di nuove regole di giusto "consumo" sanitario dall'altra.

Il tutto a valle di una seria misura e conoscenza scientifica delle esigenze di salute dei cittadini, che parta ovviamente dai dati di evoluzione demografica (chiarissimi da decenni).

Il compito non è semplice né indolore perché i sistemi sanitari (come tutti i sistemi grossi, diffusi, pesanti di strutture e personale) sono “viscosi”, cioè si oppongono per loro natura ai cambiamenti e anche quando li accettano richiedono tempi lunghi affinché le nuove regole e esigenze si realizzino in tutte le “province dell’impero”.

## 2. Il nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021

Il 21 febbraio 2019 è stato approvato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (**PNGLA**) per 2019-2021, tramite intesa tra Stato e Regioni (1).

Il PNGLA prevede (2) che:

- ogni Regione si doti di un Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (**PRGLA**) che individua i **tempi massimi di attesa** per ogni prestazione (non possono essere superiori a quelli individuati nel PNGLA)

- ogni Azienda si doti di un **piano attuativo aziendale** pubblicizzato e visibile

- le prescrizioni devono contenere la **classe di priorità** (tempo massimo)

il medico prescrittore (sia MMG che specialista) deve indicare per le **prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali** la **classe di priorità**

U – con attesa massima 72 ore;

B – con attesa massima 10gg;

D – con attesa massima 30gg per le visite e 60gg per gli esami;

P – con attesa massima 180gg (fino al 31/12/2019, poi 120gg)

per i ricoveri le classi di priorità sono

A – con attesa massima 30gg;

B – con attesa massima 60 gg;

C – con attesa massima 180gg;

D – con attesa massima 12 mesi.

- la presenza di un **CUP** (Centro Unico di Prenotazione, sportello, telefonico e online) che gestisca tutte le agende (sia in regime SSN che di Libera Professione) sia dei primi accessi che degli accessi successivi per le strutture pubbliche e le strutture private accreditate
- ricorso ad **acquisto di prestazioni** in regime di intramoenia o di acquisto di ulteriori prestazioni dalle strutture private accreditate

- la pubblicizzazione e l'applicazione di “**percorsi di tutela**” nel caso venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale: cioè una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare **gratuitamente** (salvo eventuale ticket) la prestazione presso un **erogatore privato accreditato** nel rispetto dei tempi o accedere alle prestazioni **in regime di intramoenia**
- Il **monitoraggio** dei tempi di attesa del Ministero della Salute (tramite **Osservatorio Nazionale sulle liste di Attesa**), con particolare riferimento ad un elenco relativo a prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali), prestazioni in regime di ricovero, prestazioni in area cardiologica e oncologica
- il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto il **periodico ricevimento da parte dell’Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti**.
- la **sospensione o la chiusura delle liste rimane un’azione illegittima punibile** (legge n. 266/2005, art. 1 commi 282 e 284). Se gli obiettivi di salute e assistenziali non dovessero essere raggiunti, la Direzione Generale ASL/AO può automaticamente esser rimossa dal suo incarico, per inadempienza (come da indicazioni del decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992, art. 3 bis, comma 7 bis).

Con la legge di bilancio e finanziaria approvata a fine dicembre 2023 sono stati stanziati circa 900 milioni per aumentare la tariffa oraria dei medici e finanziare i PRGLA delle regioni. In pratica le strutture sanitarie possono pagare prestazioni straordinarie ai propri dipendenti e si possono acquistare più prestazioni dal privato accreditato. Alcune regioni già si erano mosse in questa direzione con fondi propri.

### 3. Possibili iniziative

Come spesso accade in Italia le leggi ci sono, possono prevedere cose abbastanza sensate, in alcuni casi si preoccupano anche dei diritti degli utenti ma molte (troppe) volte la loro applicazione è ritardata nel tempo o incompleta e soprattutto sono assenti controlli tempestivi ed efficaci.

In molti casi gli strumenti previsti per la tutela dei diritti degli utenti rimangono sulla carta perché non sono pubblicizzati (la maggioranza degli utenti non ne conosce l'esistenza e dunque non può richiederne il rispetto) oppure le modalità di attivazione decise da parte delle strutture sono complesse e di difficile utilizzo.

Mi sembra rientri in questa categoria Il caso dei tempi e delle liste di attesa che un cittadino si trova a dover superare quando cerca di prenotare una prestazione sanitaria che gli è stata prescritta.

Ciò avviene principalmente per le visite specialistiche e per gli esami diagnostici, meno per i ricoveri. Ma naturalmente, come è ormai tipico nella sanità italiana, le situazioni variano molto da regione a regione. Comunque il problema dei tempi di attesa sta crescendo in tutte le regioni, tanto che secondo il recentissimo Rapporto del Cergas-Bocconi il cittadino, perse le speranze, nel 30% della diagnostica e nel 50% delle visite specialistiche si rivolge al privato a pagamento.

Quali i principali punti della normativa oggetto di possibili iniziative?

a. Rispetto dei percorsi di tutela a disposizione del cittadino:

possibilità di ricevere la prestazione che supera i tempi massimi di attesa gratuitamente in regime di intramoenia o presso una struttura privata

b. Denuncia di comportamento illegale della struttura che sospende/blocca le liste di attesa

è una pratica palesemente illegale che alcune strutture mettono in atto quando non sono in grado di gestire le liste di attesa

c. Controllo dell'esistenza e del corretto funzionamento del CUP (relativo alle strutture pubbliche e private accreditate)

d. Controllo sull'applicazione del PNGLA

Controllo dell'adozione dei Piani regionali, degli atti aziendali (in ciascuna azienda), della loro pubblicizzazione sui siti, dell'adozione dei percorsi di tutela per i cittadini, dell'attività dell'Osservatorio Nazionale (relazioni al Ministero, monitoraggio dati ecc)

e. Ruolo del Sindaco

Secondo il Testo Unico Enti Locali in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Certamente l'impossibilità di ricevere prestazioni sanitarie in tempo utile rientra in questo caso ed il Sindaco ha il diritto/dovere per imporre con una sua ordinanza l'erogazione della prestazione sanitaria necessaria.

In particolare :

a. Rispetto dei percorsi di tutela a disposizione del cittadino:

E' un aspetto poco pubblicizzato e poco conosciuto. Se all'utente vengono prospettati tempi che superano quelli massimi secondo le priorità indicate nella prescrizione (o il tempo massimo di 120 giorni per le visite/diagnostica e 12 mesi per il ricovero) la struttura deve assicurare la prestazione gratuitamente tramite attività di libera professione del proprio personale o presso struttura privata).

Dunque sarebbe possibile assicurare

- una **attività** di informazione, gestione della richiesta, controllo del rispetto della norma tramite un Call Center dedicato o tramite attività di supporto agli utenti presso la struttura
- una **azione di diffida e di denuncia** nei confronti di quelle strutture che non informano, propongono e facilitano l'accesso a questo "percorso di tutela" previsto dalla normativa

da parte dell'ALC a livello centrale o da parte di singole Cellule ALC a livello locale.

La prima attività è in qualche modo già presente in qualche caso da parte del Tribunale del Malato, Cittadinanza Attiva e alcuni Comitati locali (3). Della seconda non ho notizia, ma non escludo sia stata percorsa almeno in parte.

b. Denuncia di comportamento illegale della struttura che sospende/blocca le liste di attesa

A partire da casi di utenti cui è stato comunicato il blocco o sospensione delle liste di attesa, ALC potrebbe attivare una **azione legale nei confronti dei responsabili della struttura** (Direttore generale e Direttore Sanitario) oltre che dell'Assessorato alla Salute della Regione, che ha il compito di controllo.

c. Controllo dell'esistenza e del corretto funzionamento del CUP (relativo alle strutture pubbliche e private accreditate)

La presenza di un Centro Unico di Prenotazione (CUP) è essenziale per la gestione delle liste di attesa e per tutelare le esigenze dei cittadini. Pur essendo stato previsto da anni in alcune regioni è incompleto e mal funzionante (ad esempio in Lombardia non comprende il privato accreditato, che peraltro costituisce circa la metà dell'intero sistema).

Azione di **diffida e di denuncia**, possibilmente a partire da casi concreti che ne certifichino la non presenza o il malfunzionamento, nei confronti degli Assessori e di massimi Dirigenti dell'Assessorato .



#### d. Controllo sull'applicazione del PNGLA

IL PNGLA prevede dalla sua approvazione (2019) numerose attuazioni a livello regionale e di strutture sanitarie.

Una azione di controllo su scadenze, compiti e reali attuazioni potrebbe portare ad un **documento politico** sulla differenza tra quanto previsto dalla normativa e quanto realmente realizzato a livello centrale, regionale e di strutture.

In questo caso l'uso è politico e di carattere generale e la strumentazione sarebbe conseguente: pubblicizzazione, coinvolgimento di soggetti istituzionali (ad esempio proposte di interrogazioni-interpellanze-mozioni da sottoporre a tutti i parlamentari) centrali, regionali e locali.

#### e. Ruolo del Sindaco

Con la riforma sanitaria del 1992 i Comuni sono stati estromessi dalla gestione della sanità, in favore delle Regioni.

Al Sindaco è stata però mantenuto un ruolo di "ufficiale sanitario" sul territorio, per alcuni compiti specifici e per le emergenze sanitarie sul territorio.

In questi casi ha il potere/dovere di emettere **ordinanze contingibili e urgenti** al fine di tutelare la salute dei cittadini, sino a quando non vengano meno le situazioni di criticità tramite successivi interventi delle altre autorità preposte in via ordinaria (Direttori Generali di Aziende sanitarie e ospedaliere, Assessore regionale, Giunta regionale,).

**La proposta è coinvolgere pubblicamente i Sindaci chiedendo di esercitare il loro diritto/dovere istituzionale di intervento** a tutela della salute di quei suoi concittadini, fragili perché malati o bisognosi di cure, che non riescono a fare valere il loro diritto di cura a causa di liste di attesa anomale.

E' un po' come nel caso del TSO, ma questa volta con un provvedimento non nei confronti del cittadino ma delle strutture "Impazzite".

L'iniziativa può essere assunta tanto a livello centrale che di singole cellule ALC.

(1)

<https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioPubblicazioniListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=2824> testo PNGLA

(2)

<https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioContenutiListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=5140&area=listeAttesa&menu=vuoto> 10 punti chiave del PNGLA – Mn Salute

(3) <http://www.tribunaledelmalato.ve.it/liste-di-attesa/>

<https://www.cittadinanzattiva.it/faq/2327-liste-di-attesa.html>