

DAL COVID AL COLLASSO

SI DICEVA: MAI PIÙ TAGLI ALLA SANITÀ PUBBLICA. E INVECE. ECCO COME E PERCHÉ, DUE ANNI DOPO, IL NOSTRO SISTEMA È DI NUOVO A RISCHIO CROLLO. E CHE COSA INVECE BISOGNEREBBE FARE. **INCHIESTA**

di **Riccardo Staglianò**

ROMA. Vi ricordate di quando ci commuovevamo di fronte all'infermiera stanca morta, il volto segnato dalla mascherina, e dai balconi intonavamo cori ai medici, i nostri cari angeli? Due anni dopo, tre primari si son visti recapitare una multa da 27 mila euro per avere consentito troppi straordinari. Non male quanto al "Niente sarà più come prima" giurato dall'intero arco costituzionale, che prometteva mari e monti al Servizio sanitario nazionale, all'epoca a corto di terapie intensive rispetto a Germania e altri Paesi. Che, anche per quella migliore dotazione, hanno avuto una frazione delle nostre vittime. Ora, confermando un discreto talento emergenziale, di terapie intensive ne abbiamo di più. Ma il solenne impegno di approfittare della tragica lezione pandemica per rivoluzionare il Ssn è andato disatteso. Lo certifica la Finanziaria del governo Meloni che, da oggi al 2026, farà sprofondare il rapporto tra spesa sanitaria rispetto al Pil al 6,1 per cento. Basso come nel 2004, quando Berlusconi era al secondo mandato. Intanto le liste d'attesa diventano bibliche. Gli infermieri scarseggiano. I medici fuggono, in pensione o nel privato. Com'è stato possibile? E, in pratica, cosa rischiamo?

IL GIOCO DEI NUMERI DI PALAZZO CHIGI

La prima ministra nega il triste record. Lo fa invocando una diversa unità di misura: i soldi stanziati per il Fondo sanitario nazionale, ovvero la cassa del Ssn. Dice: «Con quasi 136 miliardi di euro noi raggiungiamo il più alto investimento mai previsto per la sanità». Circostanza: «Nel 2019 il Fsn ammontava a 115 miliardi di euro per viaggiare, negli anni del Covid, tra i 122 e i 127 e quindi mi sembra un po' forte sostenere che questo governo tagli la Sanità». È una difesa abile, perché quelli del Fsn sono numeri assoluti, facili da confrontare. Ma è una difesa debole. Perché quei numeri non tengono conto dell'inflazione, dell'invecchiamento della popolazione e di altri fattori che influenzano i costi della sanità. ■

Come se il vostro datore di lavoro, nell'anno in cui tutte le spese lievitano del 10 per cento, pretendesse un monumento per avervi aumentato lo stipendio dell'1: ringraziereste, ma col 9 per cento in meno di soldi da spendere. Più poveri, non più ricchi. Quello tra spesa sanitaria e Pil è invece un rapporto, un numero relativo, meno facile da confrontare. Ciononostante l'unità di misura più onesta perché tiene conto dell'inflazione. Un rapporto che oggi è del 6,6 per cento (già basso rispetto alla media Ue del 7,1 e quasi due punti percentuali in meno rispetto a Francia e Danimarca). Scenderà al 6,2 nel 2024 e 2025, fino al 6,1 del 2026. I 3 miliardi in più concessi nella *Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza* (Nadef) non bastano nemmeno a contrastare l'aumento dei prezzi. A scampo di equivoci, negli ultimi 15 anni han tagliato tutti. Dal 7 per cento del Berlusconi IV siamo passati al 6,8 di Monti, fino

al 6,6 di Renzi quindi al 6,4 del Conte I che poi l'ha innalzato al 7,4 nel 2020 (causa Covid), per riprendere una netta discesa con Draghi. Dal banchiere all'*underdog*, che si voleva paladina dei meno fortunati, la curva non fa che scendere.

LA MALATTIA, OVERO UN COLPO ALL'ECONOMIA

Appurato che le colpe sono bipartisan, ma anche che l'ultima inquilina di Palazzo Chigi ci sta mettendo del suo, cosa rischiamo? Un esodo di quasi 40 mila camici bianchi entro il 2025 «può mettere definitivamente in ginocchio la Sanità pubblica» scrive il *Sole 24 Ore*. Antonio Magi, del sindacato dei medici ambulatoriali (Sumai), sempre per quella data avverte: «Senza investimenti seri la Sanità pubblica rischia di saltare». «Arrestare il declino del Ssn sembra quasi impossibile» vaticina una veterana come Nerina Dirindin su *Salute Internazionale*, a meno di escludere dal computo europeo del debito pubblico, per parecchi anni, gli investimenti in sanità per paesi come il nostro. Esagerano? **Nino Cartabellotta**, presidente dell'osservatorio **Gimbe**, non sembra meno preoccupato: «Da troppi anni la normalità è tagliare. Ma, oltre ai danni alle persone, troppi governi non hanno capito una cosa semplice: salute è anche economia. Chi sta male non consuma, non va al ristorante, sottrae i familiari dalle proprie occupazioni produttive. Durante la pandemia ci è sembrato di aver dedicato un sacco di soldi a questo settore cruciale. La verità è che, per colmare il divario pro-capite con la media europea del 2022, da qui al 2030 dovremmo stanziare 14 miliardi e mezzo all'anno, ovvero quasi 5 volte quelli aggiunti, con enorme sforzo, dalla Nadef». Il che, non gli sfugge, è del tutto inverosimile rispetto alla storia recente: «Potremmo però passare dai 3 miliardi del 2023 a 6 nel 2025, a 9 l'anno dopo e così via. Invertire la tendenza». Sarebbe l'unico modo per ricucire il divario Nord-Sud. Quello, ad esempio, che inchioda la Campania ad accontentarsi di 3,59 infermieri per mille abitanti contro i 6,72 del Friuli-Venezia Giulia. Quanto alla "medicina territoriale", tanto invocata durante le ore più buie del Coronavirus, ovvero la rete che doveva affiancare al medico di base le case e le comunità della salute, oltre agli assistenti sociali, «ci hanno investito solo alcune regioni, essenzialmente Emilia, Toscana e Veneto, mentre il Sud è totalmente desertificato. D'altronde richiederebbe un cambiamento culturale che non può essere calato dall'alto come ha provato a fare il Pnrr, credendo che il modello Bologna, affinato negli anni, potesse subito adattarsi a tutti».

IL MODELLO AMERICANO

Anche Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri, nonché autore di *La salute (non) è in vendita* (Laterza),



ha un aneddoto da raccontare: «A Mantova, come da previsioni del Pnrr, hanno realizzato una "casa comunità" che assiste in media 800 persone al giorno, a tutte le ore, tutto l'anno. Dove, se serve, prendono l'appuntamento con l'ospedale di prossimità per la Tac e altro. A quel punto elimini le file al pronto soccorso! E con tre case così servi una città grande. Però ci vogliono le persone giuste e, soprattutto, separare la politica dalla loro gestione. Non c'è uno dei miei colleghi stranieri che non trasecoli per la nomina politica dei nostri direttori sanitari». Remuzzi non vuole sentir parlare di «sostenibilità» economica: «Quale che sia il prezzo, sostenibile lo è per forza. Il Ssn è la cosa più preziosa che abbiamo. Togliere da un ammalato la preoccupazione di come pagare le cure è una cosa eccezionale. Deve essere la priorità assoluta della politica. Mentre stiamo scivolando verso il sistema americano, uno dei più fallimentari al mondo». L'inizio della fine lo colloca negli anni 90, quando l'al-

loro ministro De Lorenzo, poi condannato a pagare 5 milioni di euro per danni all'immagine dello Stato per una brutta storia di presunto aumento dei prezzi dei farmaci, introdusse i concetti di "libera scelta e mercato". Entrambi in collisione con l'articolo

32 della Costituzione dove prevede che la salute è un diritto di tutti, indipendentemente dalla condizione socio-economica, compresi gli indigenti: «Per il mercato più operazioni si fanno, soprattutto operazioni costose, meglio è. Non così per il paziente. Con la prevenzione si possono evitare, ma sul concetto c'è un anatema». Per Remuzzi va benissimo che uno si scelga il chirurgo che vuole, a patto che se lo paghi. Mentre, in percentuali variabili tra l'80 e il 90 per cento, le strutture private convenzionate (raddoppiate negli ultimi dieci anni) si sostengono coi soldi pubblici. E allora, con buona pace della Lombardia, così è troppo facile. «Dovremmo tendere alla qualità della Scandinavia e all'efficienza di Singapore» dice, a mo' di sfida, ma per portarci a quei livelli invece di tre miliardi all'anno ne servirebbero venti. Si può decidere di risparmiarli oggi, sapendo però che li pagheremo con gli interessi domani. Quando orde di vecchi non autosufficienti sequestreranno dalla vita attiva i loro figli, trasformandoli in badanti, mentre i più abbienti riempiranno Rsa sempre più care perché a trazione privata.

DALL'EMILIA CON PASSIONE

E invece, alla faccia dei padri costituenti, si rischia un inasprimento senza precedenti delle disuguaglianze di salute. Ne è convinta Chiara Gibertoni, direttrice sanitaria dell'ospedale universitario Sant'Orsola di Bologna, con lunga esperienza tra grosse Asl e Istituto superiore di sanità: «Se non si inverte la tendenza è facile immaginare che l'"alta specialità", le operazioni più complesse, saranno garantite solo dal privato dove si saranno trasferiti i chirurghi in cerca di paghe migliori. Chi avrà soldi o assicurazioni continuerà ad avere buone cure, gli altri si arrangeranno». Come negli Stati Uniti dove, mi racconta, le terapie geniche Car-T se le possono permettere solo chi può spendere 300 mila

dollari all'anno. Da noi costano uguale, ma le diamo gratis a chi ne ha più bisogno. Serve un esempio più plastico del concetto di civiltà? Per mantenere in vita il sistema ci sono senz'altro margini di efficientamento: «Da noi va sui giornali, che non si interrogano sul danno presso la pubblica opinione, un vecchietto che si lamenta che deve aspettare quattro mesi per un esame del fondo oculare. Capisco il fastidio, ma è un esame di prevenzione, non un vero scandalo». E una signora ucraina operata di tumore all'utero che deve aspettare lo stesso tempo per una Tac? «Quello è grave. Dove il sistema funziona è lo stesso medico che l'ha operata che prenota l'esame senza che lei debba preoccuparsi di niente». Anche Gibertoni ha ricordi contrastanti dell'era Covid. Terribili, certo, ma anche straordinari quanto a finanziamenti: «Per la prima volta i soldi non sembravano più un problema! A Bologna avevamo preso cento medici per andare a domicilio dai sospetti contagiati per decidere se ricoverarli o no. Non avrei mai immaginato che saremmo tornati così indietro così alla svelta». Perché coi pochi soldi in più si potranno pagare meglio gli straordinari dei medici, da 60 a 100 euro all'ora, ma non si potrà sfondare il "tetto del personale" stabilito nel 2010. E tutti dicono: servono nuove assunzioni. Oppure pescare tra gli specializzandi, che sono medici fatti e finiti, come dice Gibertoni, in piena sintonia con una vecchia idea di Remuzzi: «Purtroppo il Pnrr dà soldi solo per le infrastrutture, non per le persone. Né prevede alcuna integrazione tra sanità (missione 6) e sociale (missione 5). Che invece devono andare di pari passo se vogliamo far funzionare la medicina territoriale. Perché quando una Asl dimette un anziano e lo rimanda a casa da solo, oltre a spedire un infermiere deve anche poter contare su un assistente sociale che va a fare la spesa, pulire casa e così via. Altrimenti è impraticabile».

Anche agli infermieri, introvabili come le terre rare, bisogna riconoscere uno status supplementare: «Fai il liceo infermieristico con l'unica prospettiva di cambiare pannolini in reparto? Messa così non è attrattiva mentre, come succede in altri Paesi, scommettendo su una loro maggiore autonomia possono diventare il motore delle "case della salute"». Intanto in Gran Bretagna, il cui leggendario servizio sanitario è forse addirittura peggio in arnese del nostro, hanno lanciato il più grande studio epidemiologico della loro storia, e forse del mondo. Nei parcheggi dei supermercati fanno ogni genere di analisi a migliaia di cittadini ogni giorno per capire quel che non va, prima che si aggravi. «Ci chiamiamo National Health Service ma sarebbe più giusto dire servizio nazionale di malattia» ha constatato sull'*Economist* il capo del progetto Our Future Health. Passare dalla cura alla prevenzione, come dicono tutti i nostri intervistati. Per fermare la disaffezione verso il pubblico, l'unica è rilanciare così. In assenza, da qui a due anni, aspettatevi il titolo più prevedibile: *2025, fuga dal Ssn*.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Riccardo Staglianò

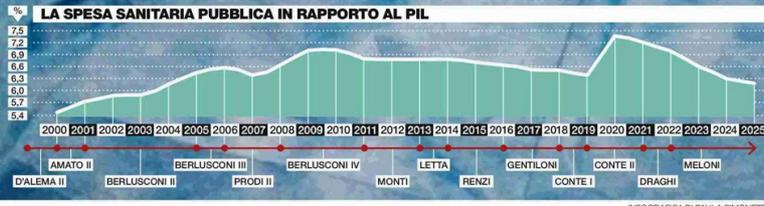
Una macchina per la risonanza magnetica al Cardarelli di Napoli. La Campania ha 3,59 infermieri per mille

CHIARA GIBERTONI:
«RISCHIAMO CHE L'ALTA CHIRURGIA SIA GARANTITA SOLTANTO DAL PRIVATO»

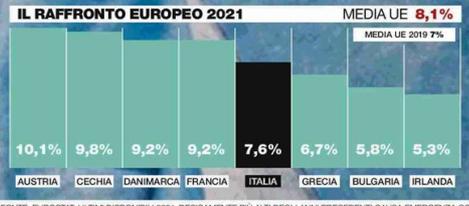




Marzo 2020,
l'infermiera di Cremona
Elena Pagliarini,
in una foto diventata
simbolo
dell'emergenza Covid



INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI



FRANCIA: ELIJAH/GETTY IMAGES; ITALIA: SALVATORE LAPORTA/KONTROL AB/GETTY IMAGES



GIUSEPPE REMUZZI:
«LA POLITICA E
LA GESTIONE
DEVONO
ESSERE
SEPARATE»



SALVATORE LAPORTA/KONTROL AB/GETTY IMAGES



L'ospedale universitario Sant'Orsola di **Bologna**
e la direttrice sanitaria Chiara Gibertoni

