

# Il Servizio pubblico è in pericolo: difendiamolo

Un decreto legge senza fondi. Una Manovra che invoca sacrifici. E le liste d'attesa? Soldi ai privati. Il governo sta smantellando il Ssn. Il J'accuse di uno scienziato in Parlamento

**E**ra il 4 giugno, quando il presidente del Consiglio Giorgia Meloni annunciava con grande soddisfazione una serie di provvedimenti che a suo dire avrebbero dovuto rivoluzionare il nostro Servizio sanitario. Un decreto, motivato dal carattere di urgenza, seguito da un disegno di legge, entrambi privi di fondi necessari a mettere in pratica quanto promesso e, soprattutto, privo di una visione strategica e organica, unica possibilità per riformare in maniera efficace la nostra Sanità.

Sono passati oltre quattro mesi, dell'annuncio e dei decreti attuativi nemmeno l'ombra. Niente linee guida e per la piattaforma organica, che avrebbe consentito la fenomenale riorganizzazione delle liste d'attesa, dovremo aspettare un anno, pare, e ancora nemmeno l'ombra dell'organismo che do-

vrebbe controllare le Regioni.

Ci stiamo, inoltre, avvicinando alla sessione di bilancio e, proprio in questi giorni, abbiamo avuto la possibilità di visionare il Piano strutturale di bilancio presentato dal governo. Nel documento l'esecutivo promette di impegnarsi a salvaguardare



Peso:18-84%,19-100%

il livello della spesa sanitaria, assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta. Ma, di nuovo, si tratta di una promessa generica, poiché mancano i numeri di dettaglio. Per conoscere le cifre, dunque, non ci resta che aspettare la prossima Manovra.

Le dichiarazioni del ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti (3 ottobre) su una «manovra che richiederà sacrifici per tutti», tuttavia, non ci lasciano ben sperare. L'unica cosa certa che è uscita dai provvedimenti, per ora, è una impostazione destinata a marginalizzare ancora di più il ruolo del servizio pubblico a favore dei privati.

Il modello per risolvere il problema delle liste di attesa, come illustrato dal ministro stesso, è unificare in un'unica agenda gestita dai Cup regionali le prestazioni pubbliche e quelle del privato convenzionato, come se fossero perfettamente equipollenti (articolo 9, comma 1). Idea che poggia sul presupposto che «il privato accreditato sia pubblico» (Orazio Schillaci, Festival dell'Economia di Trento, 23 maggio 2024).

Come non mi stanco di ripetere, il privato accreditato, purtroppo, di pubblico ha soltanto i soldi dei contribuenti, e segue lecite logiche di profitto. Infatti, le tariffe di una prestazione privata sono più alte rispetto a quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale, tanto è vero che è previsto un aumento del tetto della spesa per il privato convenzionato: quindi, più risorse ai privati, anziché destinarle all'ammodernamento delle tecnologie del pubblico.

A questo proposito non può essere taciuto che il Pnrr prevedeva un finanziamento di circa 5 miliardi per l'aggiornamento tecnologico e digitale del Servizio sanitario nazionale per rimpiazzare il 30% della strumentazione diagnostica, per la realizzazione del fascicolo sanitario nazionale e per creare l'infrastruttura di telemedicina e l'Intelligenza Artificiale. Azioni che avrebbero avuto un immediato e concreto impatto sulle liste di attesa.

Il governo ha, invece, chiesto e ottenuto dalla Commissione europea la possibilità di procrastinare al 2026 queste spese e, quindi, ha assestato un duro colpo alla capacità del servizio pubblico di affrontare il problema delle liste di attesa, lasciando campo libero al privato.

Di fatto, questo governo sta dissipando le risorse del Pnrr, che rischia di diventare sempre di più un'occasione persa in un momento nel quale non possiamo permetterci di perdere altro tempo. L'Italia, tra i Paesi dell'Ocse, è seconda solo agli Stati Uniti in termini di percentuale del privato nella spesa sanitaria. La causa va ricercata negli elevatissimi margini di profitto di queste imprese private, che possono raggiungere percentuali superiori anche al 15%. La profittabilità della Sanità privata convenzionata è determinata da tre fattori: trasferimento di rischi e costi dal privato al pubblico; selezione delle prestazioni erogate; eliminazione del rischio di impresa.

di ANDREA CRISANTI

In Italia i letti privati sono circa 40 mila, ma solo il 5% ha la copertura di medicina di urgenza. Solo 2 mila letti (per la maggior parte in Lombardia) si trovano in ospedali che hanno un reparto di pronto soccorso e un reparto di rianimazione. Le dita di due mani sarebbero sufficienti per enumerare quante strutture private convenzionate abbiano reparti di traumatologia, emo-trasfusionali, neonatologia, rianimazione neonatale o neurochirurgia. I privati convenzionati non eseguono tutte le prestazioni, bensì hanno la possibilità di scegliere gli interventi meno rischiosi e meno impegnativi.

I privati convenzionati eseguono la maggior parte delle protesi, sostituzioni valvolari e stent, poiché queste sono le prestazioni che hanno il più alto indice di redditività. In Italia abbiamo anche realizzato per i privati convenzionati il sogno di qualsiasi imprenditore: eliminare il rischio di impresa. A inizio anno, contrariamente a qualsiasi altra impresa, i nostri privati convenzionati già sanno quali saranno i ricavi minimi per l'anno successivo. Le nostre Regioni, infatti, garantiscono a ognuno di loro le prestazioni acquisto almeno pari come valore a quelle dell'anno precedente.

I problemi del nostro Servizio sanitario originano da lontano e le misure del ministro Orazio Schillaci avranno lo stesso effetto di un pannicello caldo per un malato grave. Ipotizzare che un aumento limitato delle risorse a privati e un falso sblocco delle assunzioni si trasferisca in un proporzionale e tempestivo miglioramento delle prestazioni per i cittadini, lo dico con franchezza, è ingenuo. Il livello delle prestazioni erogate dal Ssn dipende, oltre che dalle risorse, da fattori altrettanto importanti, che includono: aggiornamento tecnologico; la tempestiva adozione da parte del Ssn delle innovazioni nel campo della diagnostica e della terapia, che ha un impatto sulla qualità e aspettativa di vita dei cittadini.

Il mancato aggiornamento dei nuovi Lea (Livelli essenziali di assistenza) a partire dal 2017 ha, di fatto, impedito e ritardato l'erogazione di servizi innovativi, frutto della ricerca e innovazione messi a punto negli ultimi anni: efficienza amministrativa e qualità della dirigenza.

C'è un altro problema strutturale, che affligge il nostro Servizio nazionale, che l'ha visto cambiare molto da quando era stato pensato, 45 anni fa. La popolazione è invecchiata e aumentata a dismisura, si sono moltiplicate le patologie, le tecnologie e le possibilità diagnostiche. A questo va aggiunto che la legge Bindi ha trasformato le unità sanitarie locali, ingrandendole a dismisura e trasfor-



mandole in "aziende" che gestiscono in proprio risorse e bilanci. Queste "aziende", negli anni, si sono progressivamente ingigantite, inglobando presidi e servizi sanitari che erano di pertinenza di differenti strutture autonome.

Oggi vi sono aziende sanitarie cui fanno capo un milione e mezzo di cittadini. Ospedali, punti nascita e consultori vengono chiusi o ridimensionati in continuazione senza consultare cittadini e amministratori, al solo scopo di far quadrare i bilanci. Questa espansione non è stata accompagnata da un adeguamento del modello gestionale. Il direttore generale delle aziende sanitarie è scelto e nominato dal presidente della Regione e, a cascata, sempre in capo al presidente della Regione, il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore sociosanitario.

La Sanità rappresenta circa l'80% del bilancio di una Regione e viene utilizzata in modo spregiudicato come una leva di potere e di influenze. In capo al presidente della Regione si accumula il potere legislativo, di indirizzo, di programmazione e di controllo. Nel caso della Sanità il presidente della Regione è anche responsabile della gestione, generando quindi una situazione in cui il controllore (il presidente di Regione) e il controllato (i dirigenti) hanno interessi allineati. Viene a mancare la salutare dinamica tra controllore e controllato, a spese della trasparenza.

Molte aziende sanitarie sono amministrate da manager con poca esperienza, come centri di potere clientelare distanti dalle esigenze dei cittadini. Dare più risorse a queste aziende sanitarie senza ripensare al modello organizzativo e gestionale significa sprecarle.

A tutto questo si aggiunge il tema della valorizzazione del personale. I nostri medici e infermieri sono tra i meno pagati in Europa. Annunciare un vasto piano di assunzioni di medici come proposto

nel disegno di legge Schillaci senza prevedere un adeguamento di salari dei medici e degli infermieri significa essere destinati a fallire. Oggi mancano chirurghi generali, patologi, anestesisti, chimici clinici e radiologi, perché gli stipendi sono troppo bassi e non consentono di svolgere attività privata. La situazione, per quanto riguarda gli infermieri, è ancora più drammatica. I nostri infermieri sono persone altamente qualificate con laurea di secondo livello che hanno uno stipendio di ingresso intorno ai 1.300 euro al mese.

Il decreto, invece di prevedere un aumento della retribuzione del personale sanitario (medici e infermieri) impegnato nel pubblico, incrementa la tariffa oraria per coloro che fanno prestazioni aggiuntive in regime privato (intramoenia, articolo 12). Inoltre (articolo 16): il Ssn può «reclutare il personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria nonché delle professioni sanitarie attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, in deroga al decreto che regola le norme sulle assunzioni e sulla gestione del personale nella Pubblica amministrazione» (via libera ai gettonisti).

È diventato improcrastinabile elaborare un progetto organico da contrapporre a questo modello. La difesa del servizio sanitario pubblico si realizza assicurando maggiori risorse per la valorizzazione del personale, riequilibrando il rapporto pubblico-privato, promuovendo l'aggiornamento tecnologico, intervenendo sul modello di gestione per ridimensionare il ruolo della politica in gestione diretta dei nostri presidi sanitari.

**VIENI AL FESTIVAL**

Andrea Crisanti sarà con noi al Festival di Salute venerdì 25 ottobre, alle ore 11.30, presso la Sala Anziani del Comune di Padova per il talk dal titolo "Sanità al collasso: cosa dobbiamo fare". A seguire, l'intervento di Robert Giovanni Nisticò, presidente Aifa, sui circa 35 miliardi l'anno di spesa per i farmaci in Italia. Il giorno prima, alle ore 9.30, si discuterà dell'importanza di salvare il Ssn con Beatrice Lorenzin, Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe, e Rosario Rizzuto, Prorettore alla continuità formativa scuola-università-lavoro dell'Università di Padova.

**NUMERI**

**16°**

**Classifica**  
Nel 2023 l'Italia per spesa sanitaria pubblica pro-capite è al 16° posto tra i 27 Paesi europei dell'area Ocse

**6,2%**

**Pil**  
Percentuale per la spesa sanitaria pubblica: meno sia della media Ocse (6,9%) sia della media europea (6,8%)

**3.574**

**Dollari**  
È la spesa sanitaria pubblica pro-capite: al di sotto sia della media Ocse (4.174) sia di quella dei Paesi europei (4.470)

**Ospedali, punti nascita e consultori chiusi o ridotti all'osso. Per risparmiare. Sulla pelle degli italiani**





**ANDREA CRISANTI**  
Virologo e  
deputato PD,  
già professore  
all'Università  
di Padova e  
all'Imperial  
College di Londra



Peso:18-84%,19-100%



EMANUELA BIANCONI/FOTOGRAMMA



Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

Peso:18-84%,19-100%



CRISTIANO MINICHELLO/AGEF

**1**

**Emergenze**

Ingresso del pronto soccorso dell'Ospedale "Di Venere" di Bari

**2**

**Manifestazione**

In piazza Italia, a Perugia, presidio dei comitati della regione Umbria in difesa della Sanità pubblica

**3**

**Flash Mob**

A Roma protesta dei medici per la mancanza di personale e le troppe ore di lavoro straordinario



Peso:18-84%,19-100%