

Un piano Marshall per la sanità italiana

Un sistema in difficoltà quando il paese, che invecchia, ne ha più bisogno. Finanziamento, prevenzione, superamento delle disuguaglianze regionali, trattamento economico dei medici, integrazione pubblico-privato: agenda per una grande riforma

di Matteo Bassetti *

L'Italia ha oggi un Sistema sanitario nazionale che è stato pensato e realizzato quasi 50 anni fa, quando, la vita media, le condizioni sociali ed economiche, i movimenti migratori e la domanda e la offerta di salute erano diverse. Profondamente diverse. Oggi la sanità di casa nostra è in continua evoluzione e in costante difficoltà per ragioni organizzative, ma anche economiche, soprattutto perché la popolazione anziana e fragile - che è quella che ha più bisogno di servizi sanitari, farmaci, prestazioni, ricoveri e interventi chirurgici - sta aumentando a dismisura. La percezione che i cittadini hanno delle proprie condizioni di salute è parte essenziale della qualità della vita e, insieme, indicativa della salute del sistema sanitario. Negli ultimi 30 anni la quota di persone che si dichiara in cattiva salute è diminuita dall'8 per cento nel 1995 al 5,5 per cento nel 2025, e si è più che dimezzata (dal 9,8 al 4,5 per cento) in termini standardizzati, correggendo cioè per l'effetto dell'invecchiamento. La prevalenza delle persone in cattiva salute cresce con l'età, in particolare tra le donne, ma sono proprio le fasce più anziane ad avere registrato i miglioramenti più significativi, soprattutto grazie al nostro modello di sanità universale. Oggi l'Italia è tra i paesi più longevi in assoluto, con una speranza di vita alla nascita di 83,4 anni, ma nel 1872 era tra quelli con la speranza di vita più bassa in Europa: soli 29,8 anni, mentre Francia, Regno Unito, Danimarca, Paesi Bassi, Svezia e Norvegia presentavano già valori compresi tra 40 e 50 anni. Entro il 2050 i residenti in Italia con più di 65 anni saranno il 34,9 per cento degli abitanti; mentre coloro di età compresa tra 15-64 scenderanno al 53,4 per cento e i giovani fino a 14 anni si prospettano essere solo l'11,7 per cento del totale. Questi dati andrebbero proiettati nelle università e nelle scuole di management sanitario durante gli open day e nei primi giorni di lezione. Chi decide di diventare medico o sanitario. al

pari di chi si occupa di investimenti, programmazione e di spesa sanitaria, dovrebbe essere consapevole di questa evoluzione e del fatto che - oggi - si vive più a lungo, anche grazie agli sforzi compiuti dal nostro sistema sanitario. Tutto questo deve continuare a essere sostenibile per tutti. Siamo in un periodo storico in cui la tecnologia e la cono-

scenza viaggiano sempre più veloci, promettendo eccitanti novità e cure sempre più moderne, efficaci e costose; ci sono nuovi eccezionali strumenti di salute che tutti vogliono e devono poter usare. Insieme ai guadagni di longevità è anche aumentata la diffusione di patologie cronico-degenerative. In particolare, la multimorbilità - ossia la presenza simultanea di due o più patologie sulla stessa persona - rappresenta una vera sfida per i paesi a elevato invecchiamento come l'Italia. E' aumentata la diffusione del diabete, dal 2,9 per cento della popolazione nel 1980 al 6,4 per cento nel 2025. Aumentano gli ipertesi (dal 6,4 nel 1980 al 18,9 per cento nel 2025), grazie ai progressi della capacità diagnostica, ma anche all'adozione di stili di vita poco salutari che peggiorano i fattori di rischio come l'eccesso di peso tra i non anziani. In questo contesto epidemiologico, è urgente pensare a riformare e migliorare la sanità italiana per garantire quella equità e sostenibilità - che è propria della nostra cultura - per una popolazione più vecchia e che ha più bisogno di cure, assistenza e farmaci, cercando di superare le disparità regionali create dalla riforma del Titolo V. E' arrivato il momento di pensare a un vero e proprio "Piano Marshall" per la salute, con lo scopo di ristrutturare e modernizzare il sistema sanitario, con particolare attenzione al finanziamento, alla sostenibilità, alla prevenzione, al potenziamento delle ri-



Peso:68%

orse umane, alla digitalizzazione e all'ammodernamento delle infrastrutture.

Ma quali potrebbero essere le priorità e quale l'agenda di un potenziale piano Marshall 2027-2037?

Occorre agire su più livelli, tutti ugualmente importanti e urgenti, tra cui, le modalità di finanziamento del Ssn, la ridefinizione e l'ampliamento del ruolo del secondo e del terzo pilastro, il trattamento economico e contrattuale dei medici e in generale dei sanitari, il passaggio da una contrattazione del lavoro dei sanitari nazionale a una su base regionale, la depenalizzazione del reato medico-sanitario, la riforma delle aziende sanitarie e dell'intramoenia, l'integrazione pubblico-privato e viceversa e potrei continuare ancora a lungo. Molto a lungo. Desidero però soffermarmi su alcuni punti chiave di questo, spero non utopico, potenziale "Piano Marshall per la sanità italiana".

Ogni giorno pazienti/utenti si lamentano, giustamente, perché devono aspettare mesi o anni per una colonoscopia o una visita dermatologica. Il tema delle liste d'attesa è certamente una delle tante problematiche, ma rientra in un capitolo più ampio che è quello della sostenibilità, dell'appropriatezza e delle differenze tra regione e regione. Ridurre le disuguaglianze regionali è oggi una priorità: non si può essere curati più o meno bene sulla base del proprio indirizzo di residenza. La riforma del Titolo V ha creato 21 sistemi sanitari differenti; è necessario ridefinire urgentemente, in maniera seria e condivisa da tutti, i livelli essenziali di assistenza (Lea) per garantire prestazioni omogenee su tutto il territorio nazionale. Questo non può e non deve essere un tema percepito come di centrosinistra o di centrodestra. Tutte le forze politiche, nessuna esclusa, dovrebbero essere ugualmente interessate a provare a risolverlo.

Come non è più rinviabile la definizione di una metodologia di calcolo del fabbisogno sanitario standard, in grado di superare concretamente lo "storico" e la "negoiazione politica" passando a criteri più oggettivi e moderni. Criteri che dovrebbero rappresentare le caratteristiche della popolazione, l'epidemiologia, l'innovazione tecnologica, personale e infrastrutturale, oltre alla mobilità sanitaria. Il finanziamento del Ssn dovrebbe essere agganciato a una strategia con un respiro almeno decennale, con la definizione e l'approvazione di un nuovo Piano sanitario nazionale, che manca da 15 anni.

Sarebbe, inoltre, utile passare dalla negoziazione tra regioni e stato centrale a criteri trasparenti, moderni, obiettivi, vincolanti e attuali. Si deve

tendere a un sistema meritocratico che finanzia percorsi terapeutici di salute superando il modello "budget preassegnato" e mettendo al centro il valore delle cure rendendo il Ssn sostenibile a lungo termine.

Oltre questo, c'è anche bisogno di maggiori risorse economiche. La anosa domanda è: "Dove si possono trovare altri soldi, oltre a quelli che mette lo stato?"

Il "secondo pilastro" in Italia rappresenta il sistema di assistenza sanitaria integrativa, complementare o sostitutiva al Ssn. Essa si basa su fondi sanitari, casse e mutue che coprono aree non raggiunte dal pubblico, ma sostenendo il sistema pubblico. Il terzo pilastro invece è costituito dalla sanità integrativa finanziate attraverso le assicurazioni sanitarie. Per il futuro bisognerà trovare maggiore integrazione e spazio per questi due pilastri che possono aiutare economicamente e far crescere il Ssn.

Un tema urgente di grande rilevanza sociale è quello della povertà sanitaria. Una fascia di popolazione che in alcune aree del nostro paese arriva al 5-10 per cento della popolazione e che per condizioni di indigenza non può curarsi, per situazioni che non siano le urgenze e le emergenze. Non possono permettersi, per esempio, farmaci Otc, come il paracetamolo o lo sciroppo per la tosse o le cure dentarie. Queste situazioni, oggi a carico di associazioni religiose e enti di carità, meriterebbero un fondo specifico ben regolamentato.

Il problema dei problemi rimane tuttavia quello delle risorse umane. Serve favorire l'immissione nel mercato del lavoro di professionisti di alto livello e in numero adeguato alle esigenze del piano sanitario decennale. Mai più quindi test di selezione in entrata astratti e inutili, ma apertura a tutti e poi semmai imbuto meritocratico in uscita. Il sistema attuale delle scuole di specializzazione ha purtroppo svuotato le specialità meno attrattive e competitive nel mondo del lavoro, che poi sono le più importanti per la sanità pubblica: anestesisti, internisti, medici d'urgenza, geriatri, medici di laboratorio, microbiologi, infettivologi ecc. In queste specialità il 70 per cento dei posti resta vacante, posti di cui avremmo davvero bisogno.



Peso:68%

Si dovrebbe pensare anche all'abbandono del concorso pubblico. Nei paesi europei più attrattivi, le direzioni sanitarie e i primari assumono direttamente i medici, basandosi su competenze e necessità, evitando la rigidità dei concorsi pubblici italiani, obsoleti, lunghi e inefficienti. Se pochi vogliono lavorare al Pronto soccorso, o in un laboratorio o in sala operatoria, dove c'è oggi vera carenza di personale, bisognerà trovare il modo di garantire migliori condizioni sia lavorative che economiche. Tutto questo si ottiene con una maggiore flessibilità contrattuale anche a livello locale.

Una volta assunti, con concorsi pubblici, spesso lunghi e non meritocratici, i sanitari diventano strutturati. E tendenzialmente iniziano a lavorare nel Ssn, o almeno così sarebbe auspicabile, visto che abbiamo assoluto bisogno di sanitari giovani e competenti. E cosa offriamo noi a questi ragazzi? I sanitari italiani sono i peggio pagati nei paesi europei a cui normalmente ci dovremmo paragonare, come Francia, Germania, Spagna, ma anche Irlanda e Ungheria. Formiamo medici eccellenti, spendendo miliardi di euro, e poi non li riusciamo a trattenere nel Ssn, perché li paghiamo troppo poco. E non solo, li obblighiamo a turni massacranti a causa della carenza d'organico. E poi gli scatti di stipendio sono pochi, basati più sull'anzianità di servizio, che non sui risultati, sulla competenza e sul merito; quindi, che cosa incentiva i ragazzi a lavorare sodo? Ve lo dico io: uscire dal pubblico per andare nel privato o all'estero.

E' indispensabile quindi trovare risorse per aumentare gli stipendi del personale sanitario, per ridurre i carichi di lavoro e per adeguare le borse di specializzazione per contrastare le carenze di alcuni settori.

I sanitari che lavorano per il Ssn sono quasi tutti dipendenti pubblici con tutte le accezioni positive e negative che questo status comporta. In un sistema competitivo e economicamente meritocratico, i medici e gli infermieri dovrebbero avere nel pubblico, le medesime condizioni contrattuali e fiscali che trovano nel privato, così da evitare la cannibalizzazione economi-

ca dell'uno verso l'altro. Andrebbero responsabilizzati i manager sanitari

(che non dovrebbero essere scelti dalla politica, ma selezionati sulla base di criteri oggettivi e meritocratici), affidando ai direttori di struttura la selezione del personale, eliminando così la cervellotica burocrazia dei concorsi italiani.

Il cuore del piano Marshall dovrebbe essere lo spostamento dell'assistenza dall'ospedale al territorio, potenziando le case di comunità, le cure domiciliari e il ruolo dei medici di medicina generale per prevenire il sovraccollimento dei Pronto soccorso e degli ospedali. Alle difficoltà di reperire medici in alcune zone meno attrattive o periferiche, si potrebbe intervenire con incentivi fiscali ed economici.

Innovazione e digitalizzazione sono purtroppo due punti davvero dolenti: un paziente cronico che si muove per una visita, un ricovero o un consulto da una regione all'altra, lo fa portando dietro una valigia piena di documenti, esami, radiografie e ricette, esattamente come avveniva nel secolo scorso. Implementare in modo uniforme, e in tutte le regioni, il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), per esempio un semplice microchip a cui qualunque sanitario possa avere accesso, sarebbe davvero auspicabile. E poi la telemedicina per migliorare l'interoperabilità, la prevenzione e la gestione delle malattie croniche.

Il nostro sistema del futuro ha anche bisogno di utilizzare di più l'intelligenza artificiale che sta rivoluzionando l'assistenza sanitaria con applicazioni nella stratificazione del rischio, nell'appropriatezza delle richieste di esami e visite specialistiche, nella diagnosi, nell'imaging, nel monitoraggio e nel trattamento medico e chirurgico dei pazienti.

L'Italia è uno dei pochissimi paesi al mondo, insieme alla Polonia e al Messico, che non ha depenalizzato la colpa medica, che è sempre, anche nei casi più lievi, una questione gestita dal Codice penale, e che non può quindi essere risolta per vie amministrative. La depenalizzazione del reato medico in Italia è un tema centrale nel dibattito sanitario per ridurre la "medicina difensiva" (che costa circa 10 miliardi all'anno). E' quindi urgente una legge

(che costa circa 10 miliardi all'anno). E' quindi urgente una legge



Peso:68%

per mantenere la responsabilità solo in sede civile.

Non dobbiamo poi dimenticare la centralità e l'importanza delle campagne nazionali su prevenzione, corretti stili di vita, educa-

zione sessuale e vaccini, che sono state oggetto, negli ultimi anni, di inutili e sterili dibattiti politici.

Il Sistema sanitario italiano ha bisogno di un restyling e di una nuove veste agli occhi dei suoi utenti. Viene dato, troppo spesso, per scontato da

tutti: dai politici, che hanno continuato a fare tagli per risolvere le magagne di altri settori; dai cittadini, che non considerano l'importanza di investire i soldi delle tasse per ospedali, medici e strutture; dai pazienti, che intasano i Pronto soccorso per cose non urgenti o chiamano l'ambulanza come fosse un taxi; e a volte dai medici stessi, che studiano anni per poi volersi specializzare solo negli ambiti in cui si può lavorare, e guadagnare di più, come medici privati. Abbiamo tutti le nostre colpe, ma il sistema oggi è spesso diventato invivibile e insostenibile.

Mi piacerebbe poter leggere nei programmi elettorali di chi si candida alla guida del paese come questi temi

verranno affrontati e risolti.

E' anche per questo che è urgente un piano Marshall per la sanità, una sorta di manifesto che andrebbe condiviso e supportato da tutte le forze politiche per salvare e rafforzare il Sistema sanitario nazionale.

** professore ordinario di Malattie infettive, Università di Genova*

Il cuore di questo piano Marshall dovrebbe essere lo spostamento dell'assistenza dall'ospedale al territorio. Implementare in modo uniforme, in tutte le regioni, il Fascicolo sanitario elettronico. Depenalizzare la colpa medica

Ridefinire i livelli essenziali di assistenza. Per Medicina, mai più test di selezione in entrata astratti e inutili, ma apertura a tutti e poi semmai imbuto meritocratico in uscita. Pensare anche all'abbandono del concorso pubblico



Peso:68%