

L'ANALISI

S'invecchia bene Si cura male

di **RENZO DIONIGI**

Il Servizio Sanitario Nazionale resta universale sulla carta, ma non più nei fatti: chi vive in Lombardia e chi in Calabria non ha più le stesse possibilità di cura. Per tornare a essere un diritto uguale per tutti la priorità assoluta è una sola: depoliticizzare la Sanità. Ogni estate, puntuale come il caldo, torna sui giornali lo stesso repertorio: liste d'attesa infinite, pronto soccorso al collasso, medici che scappano da-

gli ospedali pubblici, il solito derby tra sanità pubblica e sanità privata. Ogni volta si grida all'emergenza, ogni volta la si archivia in autunno. Ma la sanità italiana non ha un problema di stagione: ha un problema di sistema, che si chiama de-finanziamento cronico, aziendalizzazione mal digerita e un federalismo sanitario che ha trasformato un diritto costituzionale in una lotteria geografica. Prima di elencare le colpe, va detto con chiarezza quel che il SSN, nato

con la legge 833 del 1978, ha comunque garantito: un accesso alle cure sganciato dal reddito, una rete ospedaliera capillare, un'assistenza di base che, pur scricchiolando, copre ancora l'intero Paese.

segue a pagina 3

La sanità ai raggi x svela luci e ombre

L'ANALISI Una frase per sintetizzare: s'invecchia bene e si cura male
Ecco cosa non va bene in Italia e come si può migliorare

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

Il risultato si vede nei numeri sulla longevità: gli italiani restano tra i cittadini più longevi d'Europa, con un'aspettativa di vita che supera gli 81 anni per gli uomini e gli 85 per le donne. È un dato che raramente viene ricordato quando si parla di crisi della sanità, ed è anche il motivo per cui la domanda di prestazioni continua a crescere: una popolazione che invecchia bene chiede, giustamente, di continuare a essere curata bene. Funziona ancora, nella maggior parte del Paese, la collaborazione tra pubblico e privato accreditato: senza le strutture private convenzionate, che secondo i dati dell'associazione di categoria mettono a disposizione decine di migliaia di posti letto accreditati con il SSN, l'offerta pubblica da sola non riuscirebbe oggi a rispondere alla domanda. È una com-

plementarità che, se governata con regole trasparenti e uguali per tutti, resta una risorsa, non un problema.

Quel che non funziona più (1)

Il primo dato da cui partire è quello della spesa. Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica italiana si è fermata al 6,3% del PIL, contro una media europea del 6,9% e una media OCSE del 7,1%: un divario che la Fondazione **GIMBE** quantifica in circa 43 miliardi di euro rispetto ai partner europei, e che colloca l'Italia all'ultimo posto tra i Paesi del G7 per spesa sanitaria pubblica pro capite. Nel confronto con le grandi economie continentali il distacco è netto: la Germania destina alla sanità pubblica oltre l'11% del PIL, la Francia oltre l'11%, entrambe quote quasi doppie rispetto alla nostra. Non stupisce che, tra il 2019 e il 2022, oltre 11.000 medici abbiano lasciato gli ospedali pubbli-

ci italiani: uno stipendio medio ospedaliero tra i più bassi d'Europa, davanti solo a Estonia, Grecia e Portogallo, non è un dettaglio contabile, è la causa diretta della fuga di camici bianchi verso il privato o verso l'estero.

Quel che non funziona più (2)

Il secondo nodo è la disuguaglianza territoriale, che è insieme causa ed effetto del primo. Il Piano nazionale



Peso: 1-8%, 3-77%

di governo delle liste d'attesa fissa tempi massimi precisi — dieci giorni per le prestazioni "brevi", sessanta per gli accertamenti diagnostici differibili — ma le rilevazioni più recenti mostrano attese medie che in alcune Regioni superano i quattrocento giorni per una visita cardiologica o i cinquecento per un'ecografia programmata, mentre altre Regioni rispettano gli standard. Non è un problema di scarsità assoluta di risorse, ma di come vengono usate: la variabilità tra Regioni, e persino tra aziende della stessa Regione, alimenta una migrazione sanitaria verso il Nord che è essa stessa un sintomo di iniquità. La Costituzione riconosce la salute come l'unico diritto definito "fondamentale", tutelato anche come interesse della collettività: non dovrebbe esistere, coerentemente, una sanità migliore in Lombardia e una peggiore in Calabria.

Quel che non funziona più (3)

Il terzo nodo, il più politico, è la governance. L'aziendalizzazione avviata nel 1992 ha introdotto logiche manageriali in un settore che, come la scuola o il carcere, mal si presta a essere valutato solo per il bilancio. I direttori generali, nominati dalla politica regionale e premiati più per il "risparmio" che per la qualità delle cure, rispondono agli assessorati più che ai territori. Va detta una cosa scomoda: in Italia esiste, purtroppo, una visione di destra e una di sinistra della sanità, e questa frattura ideologica si traduce spesso in nomine di fedeltà, non di competenza, favorendo anche gli episodi di cattiva gestione e corruzione che la Corte dei Conti segnala da anni.

L'Europa non è tutta uguale, ma investe di più

Guardare oltre confine aiuta a sfatare due miti opposti. Il primo è che altrove sia tutto perfetto: anche il Regno Unito, con un sistema sanitario nazionale storicamente simile al nostro, convive con liste d'attesa dram-

matiche — oltre un paziente su dieci attende più di un anno per una visita specialistica — e con un pronto soccorso sotto pressione cronica. Il secondo mito è che il problema italiano sia irrisolvibile: Francia e Germania, pur avendo modelli assicurativi diversi dal nostro (fondati sull'assicurazione sociale obbligatoria più che sulla fiscalità generale), destinano alla sanità pubblica quote di PIL nettamente superiori, quasi il doppio, e possono contare su un numero maggiore di posti letto e di personale per abitante. Non è un caso che, a parità di problemi strutturali comuni a tutta Europa — invecchiamento della popolazione, carenza di personale, cronicità in aumento — i sistemi meglio finanziati riescano comunque a garantire tempi di attesa mediamente più contenuti sulle prestazioni specialistiche rispetto all'Italia. La lezione non è che basti spendere di più, ma che senza un livello minimo di investimento nessuna riforma organizzativa può reggere.

Cinque proposte, non uno slogan

Serve un cambio di passo che non si esaurisca nell'ennesimo piano nazionale disatteso. Cinque direzioni concrete, la prima delle quali è pregiudiziale a tutte le altre:

Depoliticizzare la Sanità: è la priorità assoluta. Nominare i vertici sanitari per competenza verificabile e non per appartenenza di schieramento, sottraendo i direttori generali al ciclo elettorale regionale e valutandoli sulla qualità delle cure erogate, non sulla fedeltà politica o sul solo pareggio di bilancio.

Finanziare in modo credibile e stabile. Portare gradualmente la spesa pubblica verso la media europea, individuando le coperture in un'azione seria sulla tassazione di alcol e tabacco — tra le principali cause di morbidità evitabile — e nel taglio degli sprechi, a partire dai farmaci senza reale beneficio clinico che ancora oggi assorbono centinaia di milioni di euro l'anno.

Restituire uniformità ai diritti, non alle procedure. Rendere davvero esigibili i Livelli Essenziali di Assistenza in ogni Regione, con meccanismi perequativi automatici verso i territori più deboli, e fermare ogni deriva di "autonomia differenziata" che consenta a Regioni più ricche di sottrarsi alla contrattazione nazionale su personale, tariffe e ticket, aggravando il divario Nord-Sud.

Rendere di nuovo attrattivo lavorare nel pubblico. Avvicinare le retribuzioni di medici e infermieri ospedalieri alla media europea, prima di continuare a inseguire la produttività con gli straordinari.

Curare meglio spendendo meglio. Contrastare l'eccesso di esami e trattamenti non necessari (overdiagnosis e overtreatment), investire nella medicina territoriale e nelle case di comunità del PNRR, e unificare i sistemi di prenotazione regionali in un CUP nazionale interoperabile.

Una domanda di fondo

Dietro ogni proposta tecnica c'è un nodo politico che la classe dirigente italiana rimanda da vent'anni. Bisogna avere il coraggio di ammetterlo: in Italia esiste, purtroppo, una visione di destra e una di sinistra della sanità — sull'aziendalizzazione, sul rapporto pubblico-privato, sulle nomine regionali — ed è proprio questa frattura ideologica una delle principali cause del declino del SSN. Depoliticizzare la Sanità dovrebbe essere la priorità assoluta, prima di ogni altra riforma tecnica: non dovrebbero esistere malati di destra e malati di sinistra, ma finché la sanità stessa resterà di destra o di sinistra, a pagarne il prezzo saranno sempre i cittadini, sempre più divisi tra fortunati e sfortunati a seconda del codice di avviamento postale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 1-8%, 3-77%



Peso:1-8%,3-77%