

ABBONATI

ACCEDI

Sanità24

Il Sole
24 ORE
[Home](#) [Analisi](#) [Sanità risponde](#) [Scadenze fiscali](#) [Sanità in borsa](#)
6 ott
2022

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Riforma della sanità: in cerca di medici&Co. ma anche di saggezza sul da farsi oggi e domani

di *Ettore Jorio**

Basta sapere inforcare una penna e scrivere. Con questo fare immaginare al lettore che quanto scritto corrisponda ad un programma, alla favola sognata, e quindi alla realtà godibile di qui a poco.

Non basta affatto. Questo il percorso (ovviamente, sbagliato) cui ricorre sovente il decisore politico. Specie se a caccia di consenso pressoché immediato.

Più che un sogno, un film visto e rivisto

Questo è quanto accaduto nella tutela della salute a cominciare dal 1978. Meglio, l'anno successivo, più esattamente il giorno dopo della vigenza della riforma della sanità, la legge 833 istitutiva del SSR e sostitutiva delle cosiddette casse mutue. Era un miraggio? No, era la più grande riscrittura di una nuova sanità, la migliore del Pianeta, partorita dal Parlamento dopo infaticabili venti anni di indecisa legislatura. Un svolta coraggiosa e segnatamente innovativa uccisa, tuttavia, in sede attuativa da:

- un ritardo attuativo generale, viziato da applicazioni fatte apposta per imbrogliare le carte e confondere la cultura popolare, con le Saub che, a partire dal solito orribile acronimo, registrarono misfatti liquidatori;

- una omissione generale realizzativa delle novità più importanti, con un distretto sanitario di base confuso per uno stativo edificio piuttosto che un territorio definito pieno zeppo di erogazioni diffuse, specie domiciliari;

- una resa alle prepotenze del privato, prescindendo dalla qualità offerta, partito già come sostitutivo del pubblico, peggiorato poi dal 1992 con il binomio accreditamento/contratto da non rifiutare ad alcuno;

- una dannosa incomprensione tra il pubblico erogatore diretto e quello consistentemente collaborato dagli Irccs - ad oggi 21 altrettanto pubblici e a 30 privati - che realizzano i maggiori ricavi dal SSN e riempiono di orgoglio la Nazione in termini di qualità erogativa dei Lea, sia in regime di ricovero che ambulatoriali;

- una gestione delle allora Usl utilizzate più in termini municipalisti piuttosto che interessate ai grandi temi di dare concretezza all'istanza sociale, spesso sconosciuta agli amministratori preposti dai comuni alla loro gestione.

Su tutto, da una programmazione che faceva fatica a scontentare i privilegi, a tenere dovutamente conto delle differenze tra territori da sempre abbandonati in termini di servizi attivi; a preservare gli interessi delle categorie con maggiore peso contrattuale



politico.

L'azienda della salute: è cominciato (per molti) l'incubo

La cosa andò peggio con l'aziendalizzazione del 1992 a seguire affidata a manager che di management disconoscevamo pure cosa fosse e alla politica a decidere le nomine e a dare ai nominati indicazioni gestorie. Ne conseguì, quindi, una conduzione "aziendale" non propriamente corretta, figlia della confusione delle regole che, da una parte, avrebbe dovuto comunque garantire a tutti i costi l'erogazione dei Lea alla popolazione e, dall'altra, assicurare la correttezza, la convenienza e la tempestività dell'insieme delle operazioni economiche, tra loro combinate, allo scopo del raggiungimento a tutti i costi della anzidetta finalità costituzionale

Senza programma, ma dove vai?

A tutto ciò, anziché assicurare un pronto rimedio atteso l'interesse pubblico in gioco, venne garantito un irresponsabile prosieguo, frutto di una sottovalutazione e di una progressiva diminuzione delle certezze migliorative di una sempre più vantaggiosa assistenza a 360° che solo una buona, diligente e accurata programmazione multilivello può assicurare.

E' successo invece il contrario. A fronte della esigenza di rilevare il fabbisogno epidemiologico e del rischio epidemico regione per regione nonché di individuare gli indici di deprivazione assistenziale da dovere colmare in modalità salva-vita, si decise che dal 2006 (l'ultimo licenziato con il DPR 7 aprile 2006) non si dovessero approvare i Piani sanitari nazionali. Di conseguenza, per ricaduta anche quelli regionali/provinciali. Il tutto venne così sostituito da una decisione accentrata assunta da un organo concertativo, rappresentativo solo sul piano istituzionale. Un danno enorme, considerato che allora esistevano 11 Regioni in piano di rientro della quali 5 Regioni commissariate (due ancora oggi, Calabria e Molise).

Con questo è accaduto che un atto segnatamente partecipativo e di larghissimo confronto nazionale venisse limitato ad uno strumento negoziato perfezionato con accordi pattizi raggiunti da quello stesso organismo (Conferenza Stato-Regioni) che, per esempio, elegge il suo presidente in relazione alle maggiori presenze politiche omogenee tra i componenti.

Un Piano Sanitario Nazionale, così come insediato dal Legislatore, non può che essere espressione soddisfacente del fabbisogno salutare degli individui che compongono tutta la Nazione. In quanto tale confrontato ampiamente con le Regioni - a lordo delle diverse voci che rappresentano la domanda sociale - con maggiori bisogni insoddisfatti, e non già da un sintetico confronto tra i maggiori esponenti delle stesse, massimamente rappresentati dalle maggioranze che si avvicendano alla guida delle Regioni medesime.

Lo strumento programmatico, promosso pro quota dalle istanze regionali, dovrà tornare ad essere espressione di ciò che occorre davvero e non già il risultato dalle Regioni più potenti, monarche della Conferenza concertativa. Il Covid con i suoi centinaia di migliaia di morti ha dato una severa lezione in tale senso, dimostrando l'errore concretizzatosi dal 2007 in poi.

I vizi della politica che ha distrutto la sanità, facendo rimpiangere le mutue

Tutto ciò, declinato politicamente, può accadere per ben altro tranne che per decidere la salute e l'assistenza sociale da erogare uniformemente a tutta Nazione (Costituzione, dixit), in quanto tale compensativa dei limiti erogativi riscontrati. Un limite che ha registrato tutta la sua gravità con il flop drammatico vissuto nella epidemia trascorsa e ancora in atto, ove in relazione ai decessi sarebbero da evidenziare responsabilità diffuse.

In cerca di medici&Co., ma anche di saggezza sul da farsi oggi e domani

Fatta questa premessa, si rende necessario il da farsi oggi con tantissimi problemi alle spalle e davanti, cui occorre dare risposte adeguate, immediate e graduate nel tempo. E' da apprezzare la sollecitazione del presidente Massimiliano Fedriga (si veda ivi del 30 settembre) relativamente alla necessità di sopperire ampiamente, a cura del nuovo

Governo, alla carenza di operatori sanitari e, aggiungiamo noi, a ripristinare il PSN.

Una criticità grave, quella dei medici che non ci sono, che assumerà una forte rilevanza nel far partire le nuove strutture dell'assistenza sanitaria territoriale, di cui al DM77, ma soprattutto per dare alla stessa la più produttiva continuità, in favore della ratio del PRNN. Un problema serio quello dei medici, del personale infermieristico e tecnico, cui occorrerà offrire soluzioni strutturali, che incidano favorevolmente nel lungo periodo. Specie in considerazione del peso assistenziale che richiederà il post-Covid caratterizzato anche dalla mancata esperienza in tal senso e dalla non consapevolezza scientifica sui suoi postumi. Il tutto con la revisione dell'attuale formazione universitaria che deve aprire i propri ingressi a fare il pieno dei medici che servono.

Un problema importante è anche quello di un sistema pubblico della salute oramai in affanno definitivo, al quale occorrerà fornire presto delle soluzioni alternative ovvero assicurare un contributo del privato, nei confronti del quale però necessiterà andare con i piedi di piombo. Al riguardo, gli strumenti giuridici ci sono, e come, ma sono tanti i pericoli che potrebbero incombere irrimediabilmente.

**Università della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA