

LA TUTELA DELLA SALUTE: CHE DIRE, CHE FARE

PREMESSA

Costituzione della Repubblica Italiana, Art. 32:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Legge n. 833/1978:

Art. 1: I principi

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Art. 2: Gli obiettivi

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;
- h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.

Prof. Giuseppe Remuzzi

La cosa più preziosa che abbiamo, e di cui dovremmo essere gelosi, che ha messo l'Italia all'attenzione di tutti i Paesi del mondo, è il Servizio Sanitario Nazionale. Il punto è che noi dobbiamo recuperare, dal punto di vista culturale, il concetto che il SSN è qualcosa a cui non si può rinunciare.

Quando è stato istituito in Inghilterra si diceva: noi attraverso il SSN vi toglieremo la preoccupazione dei soldi quando sarete ammalati. Questa è una affermazione di grande civiltà che abbiamo fatto nostra 30 anni dopo quando abbiamo istituito il Servizio Sanitario Nazionale perché fosse universale, solidale e uniforme in tutte le Regioni del Paese.

ECCO DOBBIAMO TORNARE LÌ, ALL'ART 32 COSTITUZIONE ITALIANA MA ANCHE AGLI ART. 2 E 3, E AGLI ART. 1 E 2 DELLA LEGGE 833/78, TUTT'ORA IN VIGORE.

In realtà la questione del funzionamento del SSN, e del Pronto soccorso in particolare, dipende dall'organizzazione delle attività sul territorio. Basti rammentare che su 21 milioni di accessi al Pronto Soccorso bel 18 milioni sono di codici verdi e bianchi, cioè di persone che non avrebbero bisogno del PS se vi fossero servizi sul territorio. Le case di Comunità e gli Ospedali di Comunità vanno in questa direzione,

E la soluzione non è neanche quella decisa dalla Regione Lombardia che per rimediare agli errori da lei compiuti ha innalzato il massimale degli assistiti dei medici di medicina generale dai 1.500 indicati dalla Convenzione Nazionale ai 2.000

Nel merito il problema vero da affrontare è il ruolo e le funzioni del medico di medicina generale all'interno della rete dei servizi di tutela della salute, compresa la proposta che i medici di medicina generale siano dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale.

CHE DIRE E CHE FARE

Tra le molte cause che hanno generato e determinato le condizioni che, in termini negativi, connotano il Servizio Sanitario Nazionale, sei meritano di essere citate e richiamate:

- 1) Il persistente sottodimensionamento dell'entità delle risorse destinate al Fondo sanitario. Se dagli anni '80 al 2000, i primi di attuazione della riforma sanitaria, il deficit del bilancio sanitario veniva sanato a piè di lista con la finanziaria dell'anno successivo, rendendo di fatto senza senso le decisioni di contenimento della spesa, nonostante l'introduzione di misure di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti (ticket) sempre più onerose, negli anni successivi e fino ad oggi, anche in ragione della regionalizzazione del sistema sanitario, è sempre più posto a carico delle regioni che per non aumentare i costi delle partecipazione alla spesa (ticket) hanno razionalizzato e ridotto l'attività e la presenza dei servizi sanitari.
- 2) La regionalizzazione del servizio sanitario conseguente all'approvazione e attuazione della legge di Modifica del Titolo V della Costituzione, ha consentito di realizzare un modello di servizio sanitario per ogni regione, realtà questa difficilmente omogeneizzabile a livello nazionale nonostante rimanessero allo Stato sia il finanziamento del Servizio sanitario, sia "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Di questa mancata garanzia ne è testimonianza il così detto "turismo sanitario" dalle regioni del sud verso quelle del nord del Paese, ma anche la diversità di risposte delle Regioni ai problemi posti dalla pandemia Covid 19.
- 3) La determinante, e molto spesso inadeguata in quanto impreparata e incapace, presenza politica nella gestione delle aziende sanitarie connessa alla assenza di qualsiasi forma di partecipazione istituzionale e sociale delle realtà presenti nel territorio delle aziende sanitarie, con la conseguenza evidente che la gestione risponde solamente alle indicazioni della regione per le quali il criterio fondamentale è la parità di bilancio e su questa base vengono valutati e premiati i Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e sociali delle Aziende Sanitarie.
- 4) La molteplicità degli interventi legislativi sia nazionali che regionali hanno determinato un quadro normativo frammentato e spesso contraddittorio nel quale alle norme "antiche" sono aggiunte quelle "nuove" creando incertezza nelle norme di riferimento. Essendo passati quasi 45 anni dalla approvazione della legge di riforma nazionale e quasi 25 dalla sua regionalizzazione appare più che opportuno, necessario, l'obbligo per il legislatore nazionale e regionale, di ridefinire i rispettivi quadri normativi di riferimento attraverso lo strumento del "testi unici" quali già previsti dal "Processo Bassanini" di cui alla Legge n. 56 del 1997. Tutto ciò impone, anche sulla base degli evidenti limiti che si sono manifestati nella gestione delle emergenze nazionali (vedi ad esempio il Covid 19), la previa modifica

complessiva del Titolo V, Seconda Parte, della Costituzione (Art. 114 – 133), in particolare dell'art. 117 relativo alle competenze legislative attribuite alle Regioni e allo Stato in materia di tutela della salute.

- 5) Questo quadro normativo è ulteriormente aggravato dall'assenza, sia a livello nazionale che regionale, dello strumento della programmazione (Piano socio sanitario nazionale e Piani sociosanitari regionali) sostituiti dalla legge di Bilancio annuale e pluriennale e da atti amministrativi nazionali (Decreti ministeriali) e Delibere di Giunta Regionale che rispondono all'esclusivo criterio del contenimento della spesa ma non indicano gli obiettivi di salute da conseguire e a questo fine la finalizzazione delle risorse sia in conto gestione che in conto capitale.
- 6) Infine, ma non ultimo, l'esplosione della presenza del settore privato accreditato con il servizio sanitario il quale, per effetto di un quadro normativo di riferimento (relativo al diritto privato) risulta più agile nell'assumere decisioni di quanto non lo sia il settore pubblico condizionato dalla disciplina del diritto pubblico, e ciò senza tralasciare la diversità delle normative contrattuali relative al personale privato e pubblico.

Da tutto ciò ne derivano gli effetti negativi che ogni giorno i cittadini sperimentano e mettono in discussione il diritto alla salute come stabilito dall'art. 32 della Costituzione e affermano l'esistenza di due sistemi sanitari: quello gratuito fatto di tempi di attesa lunghissimi e bassa qualità delle risposte, e quello a pagamento con tempi di attesa ridotti e risposte qualitativamente valide.

Che la salute sia un bene primario è la base su cui è fondato il Servizio sanitario nazionale (Ssn), che proprio per queste ragioni ha le caratteristiche di universalità, equità e gratuità. A questo principio generale deve rapportarsi l'azione del Governo che invece prevede la riduzione dell'incidenza del finanziamento del servizio sanitario dal 6,9% del 2022 al 6,2% del 2026

Molte speranze sono state riposte nelle risorse rese disponibili per la salute dal Pnrr che, al momento, è però utilizzato prevalentemente per realizzare infrastrutture che rischiano di rimanere vuote per la carenza di medici e infermieri.

Purtroppo oggi il diritto alla salute è solo il privilegio di una parte della popolazione: a molti, infatti, quel diritto è ben lontano dall'esser garantito. Tra questi, in primo luogo tutta la fascia di cittadini con basso livello di reddito e scolarità. Si calcola che attualmente siano circa dieci milioni. Sono persone a cui si dovrebbe fare più attenzione perché il basso livello socio-economico è uno dei maggiori fattori di rischio per malattie croniche e tumori. Se devono accedere al Ssn hanno grande difficoltà perché devono affrontare lunghe liste d'attesa, mentre la fascia di popolazione più benestante attraverso la cosiddetta "intramoenia" o la sanità privata riesce a ottenere i servizi e le prestazioni di cui abbisogna in tempi rapidi o comunque ragionevoli.

In altre parole: se puoi pagare, hai accesso a medici, strutture e attrezzature, mentre se non puoi pagare aspetti. Sembra di essere ritornati ai tempi della "mutua". Non molto più aderente al diritto alla salute è la medicina del territorio. Pur riconoscendo molte eccezioni meritevoli, soprattutto in epoca Covid, i medici di medicina generale è raro che eseguano visite a domicilio, anche per paura di infettarsi. Spesso è anche difficile accedere agli ambulatori che sono aperti per poche ore alla settimana, per cui si assiste a un intasamento dei Pronto soccorso dove le attese

sono lunghe e si danneggia così il diritto alla salute di chi ha veramente urgenza di intervento.

Negli ultimi vent'anni abbiamo perso circa 180mila fra medici e infermieri. Sono professionisti sanitari che si sono trasferiti in vari Paesi europei, prevalentemente nel Regno Unito, soprattutto nel triennio 2019-2021 con una fuga di oltre 17.000 infermieri e 21.000 medici e con una perdita di circa 3,5 miliardi di euro, che rappresenta l'investimento dello Stato per la loro formazione. Le ragioni sono prevalentemente dovute alle condizioni di lavoro, con particolare riferimento a un miglior salario. È inutile farci illusioni: le perdite di personale continueranno, sia perché c'è una riduzione della popolazione giovanile sia perché abbiamo un'età media elevata. e quindi avremo un ulteriore sbilanciamento fra i pensionamenti e le nuove leve.

Fra l'altro si assiste a una tendenza da parte dei medici a disertare i Comuni agricoli per "migrare" nelle zone urbane dove è più facile integrare le entrate pubbliche. Ci sono purtroppo centinaia di piccoli Comuni che non hanno più un medico. È illusorio pensare che sia sufficiente far lievitare le quote di studenti fissate dall'attuale numero chiuso per le ammissioni alle Scuole di medicina delle Università, perché gli studenti sono già troppi ed è piuttosto necessario aumentare le capacità formative delle Scuole di medicina se vogliamo avere medici e infermieri in regola con gli sviluppi delle conoscenze mediche. Di fronte a questa situazione è molto strana la tendenza emersa in Parlamento a pensare che si possa mantenere l'attuale sistema dei medici di medicina generale e contemporaneamente un migliaio di Case di Comunità e 400 Ospedali di Comunità.

Dove si trova il personale se manca già oggi per le strutture esistenti? I medici di medicina generale dovrebbero, invece, aumentare la loro produttività a favore del Servizio sanitario nazionale nella posizione di dipendenti, facendo parte delle Case di Comunità con la possibilità, lavorando insieme, di tenere aperti gli ambulatori sette giorni alla settimana ed evitando così gli affollamenti al Pronto Soccorso che impediscono le funzioni fondamentali di questo servizio rivolto alle gravi urgenze.

Si ha l'impressione che sul tema della salute le idee non siano molto chiare e che i partiti o le coalizioni, ma anche le forze sociali, in particolare le Organizzazioni sindacali, siano orientati a utilizzare frasi generiche senza avere il coraggio di prospettare soluzioni necessarie anche se magari impopolari.

In questo quadro tre domande sono importanti perché possano esprimersi possibili soluzioni almeno ad alcuni dei molti problemi.

Prima domanda: Cosa si propone per fare in modo che il Servizio sanitario nazionale risponda alle richieste di salute della popolazione?

Il riferimento è al fatto che ancora oggi il diritto alla salute è legato alle risorse economiche del cittadino. La presenza dell'intramoenia (cioè i servizi a pagamento resi dai medici ospedalieri come liberi professionisti, fuori dall'orario di lavoro) differenzia i cittadini. Chi è benestante o usufruisce di particolari assicurazioni risolve rapidamente le sue esigenze di visite o di esami, mentre le persone di più basso livello socio-economico devono aspettare anche mesi nelle liste d'attesa.

Seconda domanda: Come si vuol risolvere il problema della mancanza di medici e infermieri ormai preoccupante in molte parti del Paese?

Si calcola che manchino circa 65.000 infermieri e almeno 10.000 medici. La discussione è prevalentemente centrata sull'abolizione del numero chiuso per l'ammissione alle scuole di medicina. È una valutazione errata perché in realtà mancano le scuole di medicina che sono già insufficienti per ospitare e formare gli attuali studenti. Inoltre mancano i giovani, perché circa vent'anni orsono avevamo 1 milione di diciottenni mentre oggi ne abbiamo solo 400mila. Non solo: i medici e gli infermieri emigrano o vanno nella sanità privata perché nella sanità pubblica sono sottopagati rispetto alla media degli stipendi europei. Nel frattempo, come aumentare la produttività di medici e infermieri? Bisogna assumere i medici di medicina generale, pagare gli straordinari, concentrare più medici e infermieri nelle stesse strutture.

Terza domanda: È chiaro a tutti che la medicina del territorio ha bisogno di una nuova organizzazione. Come fare?

Abbiamo in questo senso le risorse che derivano dai fondi europei. Attenzione, tuttavia, a non spenderli nel modo più facile, attraverso i cantieri edilizi. Come è possibile pensare di fare 400 Ospedali di comunità e più di un migliaio di Case della comunità senza indicare con quale personale e con quali compiti, lasciando al contempo sul territorio anche i medici di medicina generale? Si dovrebbe concentrare tutto sulle Case di comunità mettendo insieme più medici con una efficiente segreteria informatizzata, con infermieri, pediatri di famiglia, psicoterapeuti, per tenere aperti gli ambulatori sette giorni alla settimana.

Le Case di comunità dovrebbero inoltre avere a disposizione apparecchiature per le analisi di routine e telemedicina. Si dovrebbero raccordare con i servizi sociali e con i volontari del Terzo settore per realizzare un efficiente servizio a domicilio. Le Case della comunità non si costruiscono mettendo targhe, ma con il tempo, e soprattutto ascoltando i bisogni dei cittadini.