



CONVEGNO
SSN: È UN ASSET IMPORTANTE? È UN COSTO O UNA OPPORTUNITA'?
DISCUSSIONE APERTA CON I DECISORI POLITICI
SABATO 4 febbraio 2023 dalle ore 9.00 alle ore 13.00

Presso la Sala conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
Via G. Zaccherini-Alvisi 4 – Bologna
Coordinano Luigi Bagnoli e Salvatore Lumia

Relatori

- 9.00-9.30: Antonino Cartabellotta - Presidente Fondazione GIMBE:
"Situazione attuale del SSN: Finanziamento, LEA, Regionalismo"
- 9.30-10.00: Stefano Zamagni - già Ordinario di Economia Politica Università di Bologna e Adjunct Professor of International Political Economy Johns Hopkins University: "Economia e salute: una difficile gestione. Ricerca della compatibilità"
- 10.00-10.10 Salvatore Lumia - Presidente Commissione Albo Medici:
"La realtà Ospedaliera"
- 10.10-10.20 Luigi Bagnoli - Presidente Ordine dei Medici:
"La realtà del Territorio e la funzione dei Medici di Medicina Generale"
- 10.20-10.50 Ivan Cavicchi – Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria Università - Università di Tor Vergata: "SSN: Prospettive e Proposte"

Discussione e interventi preordinati

- Raffaele Donini – Assessore Politiche alla Salute RER
- Giuseppe Paruolo - Presidente IV Commissione RER
- Guido Quici - Presidente Sindacato CIMO-FESMED
- Silvestro Scotti - Segretario Nazionale FIMMG
- Marta Evangelisti - Membro Commissione Sanità RER
- On. Galeazzo Bignami - Viceministro alle Infrastrutture
- Sen. Elisa Pirro, M5S X Commissione Senato
- Ivan Cavicchi, Docente di Sociologia
- Giancarlo Pizza, Vicepresidente OMCeO

Sono invitati gli Organi di Stampa

Coordinano
Salvatore Lumia e Luigi Bagnoli

DOTT. LUIGI BAGNOLI- INTRODUZIONE AL CONGRESSO

Inizio ringraziando tutti i medici ed i relatori qui presenti oggi. Perché questo congresso? Noi siamo medici e i medici vivono all'interno del servizio sanitario (SSN). La salute del SSN è vitale per tutti noi e per la nostra professione. Al di fuori del SSN la nostra professione può certamente esistere ma solo in modo marginale, relativo. L'SSN nacque nel 1978 e da allora moltissime cose sono mutate e si sono trasformate. Il mondo è cambiato e con esso anche il modo di fare medicina, da un modello artigianale si è giunti ad una modalità di complessità industriale con plurime competenze che si devono fondere assieme. I fondi dedicati al SSN, la loro quantità ed il loro utilizzo sono un tema di importanza fondamentale per tutti noi. Attualmente, e già da alcuni anni, stiamo vivendo una profonda crisi su questo tema, una crisi di cui la politica quasi non fa menzione o di cui parla sempre troppo poco. Le nostre difficoltà sono ormai evidenti a tutti. Recentemente molti medici e molti infermieri hanno pagato con la vita il recente Covid19, questo ci ha fatto credere che il SSN potesse finalmente tornare al centro dell'attenzione politica. Sembra che non sarà così. Alle ultime elezioni il SSN non è stato nemmeno un argomento di dibattito. Queste mie dichiarazioni non hanno un colore politico, tutti i recenti governi hanno agito senza soluzione di continuità riducendo i fondi destinati alla sanità. È bene dunque che siano gli operatori, cioè noi che viviamo all'interno del SSN, che crediamo in esso, a far sentire la nostra voce e denunciare i problemi e le criticità. Questo è il motivo per cui siamo qui oggi, riunirci assieme ai politici e mostrare loro che questa crisi è reale, è evidente. Passo ora la parola al Dott. Lumia che sarà il coordinatore di questo evento e vi ringrazio per la vostra attenzione.

Lumia- La parola ora al dott. Cartabellotta, medico iscritto al nostro Albo Professionale e Presidente della Fondazione GIMBE che da anni conduce una analisi attenta e scrupolosa della situazione in cui versa il Servizio Sanitario Nazionale lanciando anche doverosi allarmi (Il Salvagente) per la sua salvaguardia. Siamo fieri di avere a Bologna la sede della Fondazione. Prego dott. Cartabellotta.

DOTT. ANTONINO CARTABELLOTTA- "Situazione attuale del SSN: Finanziamento, LEA, Regionalismo" Diapositive al link: [Presentazione Conv 4.02.23 Slide Dott. Cartabellotta](#)

Un grazie a Giancarlo Pizza e Luigi Bagnoli, non solo per il loro invito, ma anche per aver centrato perfettamente quale dovesse essere l'argomento di questa importante giornata, ovvero il declino e la possibile perdita di uno dei pilastri della nostra democrazia. A marzo del 2013, ormai dieci anni fa ed in tempi non così sospetti, la Fondazione GIMBE ha avviato la campagna "Salviamo il nostro Servizio Sanitario Nazionale". L'11 ottobre 2022, a cavallo del cambio di governo, abbiamo presentato il nostro 5°Rapporto sullo stato di salute del SSN. Io però non partirò da quello, bensì dal 4° Rapporto, presentato a giugno del 2019 in un momento storico in cui la nostra percezione non era ancora stata alterata dalla pandemia COVID-19. La domanda che dobbiamo porci è la seguente: come era prima? Nel 4° Rapporto, quello del 2019, definimmo con una metafora clinica il SSN come un paziente già anziano, un malato cronico con multi-morbilità affetto da varie patologie. La sua cartella clinica parlava di un importante definanziamento pubblico, un enorme "paniere" dei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), sprechi, inefficienze ed infine l'espansione del secondo pilastro, quello assicurativo, che ci viene proposto come ancora di salvezza ma che in realtà sembra essere più una zavorra di affondamento. Io amo le metafore cliniche e ho traslato i punti di cui sopra in quattro patologie, ben note qualunque medico, che possono rendere l'idea di cosa sta accadendo al SSN.

- Insufficienza respiratoria cronica restrittiva
- Iperipertiroidismo con iperconsumo metabolico
- Lupus eritematoso sistemico
- Infezione cronica da HPV che si integra nel DNA e può causare tumori

Oltre a tutto questo dobbiamo anche chiederci dove abiti questo paziente. La risposta è che risiede in un luogo assai poco salubre, a cavallo tra Governo e Regioni, in un'area caratterizzata da un costante conflitto che va a scaricarsi sempre sulle fasce di popolazione meno abbienti. Tra 2010 e 2019 il mondo della sanità ha ricevuto investimenti per 8,2 miliardi di euro, una cifra in percentuale già più bassa dell'andamento percentuale dell'inflazione.

Dal 2020 al 2022 abbiamo invece ricevuto ben 11,2 miliardi di euro, soldi che però non sono stati spesi a livello strutturale, per rafforzare le fondamenta del SSN, ma che sono stati principalmente utilizzati per far fronte agli eventi emergenziali a noi tutti noti. I dati della Ragioneria di Stato raccontano di come fino al 2019 i conti della sanità siano stati più o meno in ordine, di come a ad una certa spesa corrispondesse un finanziamento ordinario da parte dello stato, grosso modo in linea e commisurato. Dal 2020 però, nonostante siano stati fatti investimenti numericamente importanti (€ 11,2 miliardi) questo equilibrio è venuto meno. La spesa delle Regioni è stata assai maggiore degli anni precedenti e dei finanziamenti ricevuti. Il trend è stato sempre in aumento e in questo grafico manca il 2022, l'anno in cui il gap tra i due valori è maggiore. Sempre i dati della Ragioneria di Stato mostrano come in termini assoluti le spese per il personale medico siano aumentate, ma siano calate in termini percentuali, passando dal 31,7% nel 2019 al 29,9% nel 2021. Cosa significa questo? Significa che investire sul capitale umano è sempre l'ultima delle priorità. Se osserviamo le previsioni fatte dal governo Meloni ci rendiamo conto di come siano assolutamente in linea con quelle del governo Draghi, non cambia praticamente nulla, sono quasi identiche. Nel medio periodo il rapporto tra spese per la sanità e PIL scenderà fino al 6% nell'anno 2025. È quindi chiaro come non esista una volontà politica di rilanciare il SSN come una priorità per il Paese. Tirando le somme di questa prima parte del mio intervento possiamo dire quindi che:

- Nel periodo 2010-2019 abbiamo assistito ad un massiccio definanziamento di quasi € 37 miliardi.
- I fondi del periodo 2020-2022, nonostante fossero significativi, sono stati per la maggior parte assorbiti dalle attività emergenziali e non hanno impattato la struttura del SSN: l'impossibilità di mantenere i bilanci in ordine ne è la riprova.
- Nel periodo 2023-2025 scenderemo verso un 6% di rapporto spesa salute/PIL, un dato in costante calo e che indica quali siano le reali scelte politiche.

Quello che dovremmo fare adesso è chiederci cosa stiano invece facendo gli altri Paesi. Come dimostrano questi grafici noi stiamo arretrando, già adesso siamo sotto la media OCSE del 9,6% e scenderemo ancora negli anni a venire. Voglio fare notare come noi non ci si possa più considerare come fanalino di coda dei paesi ricchi, ma più come primo dei paesi poveri. Tutti i paesi alla destra nel grafico sono quei paesi che noi stessi definivamo poveri fino a poco tempo fa. Noi non possiamo più prendere come esempio paesi come la Germania e la Francia. Nonostante l'Italia si trovi ancora all'interno del G7 siamo finiti in un campionato diverso e dobbiamo cambiare i nostri termini di paragone che a questo punto potrebbero divenire una Spagna o un Portogallo. Mi sorge una domanda: ma l'Italia spende così poco in sanità perché cresce poco, o cresce poco anche perché non investe più nella sanità? È infatti dimostrato come il livello medio di salute e benessere sia in grado di influenzare in modo sostanziale la crescita del PIL di un paese. I dati mostrano come alcuni dei paesi del G7 nei momenti di crisi abbiano investito nella sanità, ottenendo in cambio una crescita economica. Anni fa eravamo sempre il fanalino di coda di questi paesi, non siamo mai stati tra i primi, ma i nostri erano gap assolutamente colmabili. Oggi la situazione non è recuperabile, non in tempi brevi e non senza una inversione di marcia tanto decisa quanto improbabile. Volendo fare due conti è stato elegantemente dimostrato come, nel caso volessimo allinearci quantitativamente in termini di personale sanitario a paesi come Germania e Francia, dovremmo spendere immediatamente 30 miliardi di euro. Se poi questo allineamento volesse essere applicato anche agli stipendi ne servirebbero altri 50. Una cifra simile, 80 miliardi di euro, non c'è oggi e non ci sarà certamente nemmeno nei prossimi anni, ragion per cui non ha più minimamente senso fare discorsi e raffronti circa gli stipendi dei medici tedeschi e quelli italiani. Il paragone non ha più un fondamento logico.

Vorrei ora parlarvi di quelli che vengono definiti "Nuovi LEA", ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza che hanno però ormai ben 6 anni sulle spalle e che di nuovo non hanno quindi nulla. Già all'epoca della loro pubblicazione io dissi che sarebbe stato necessario costruire un metodo rigoroso per includere/escludere le

prestazioni, perché senza regole chiare tutto sarebbe stato molto complicato e caotico. La verità è che abbiamo una vasca dalle dimensioni tutto sommato limitate. Se il rubinetto di questa vasca rimane sempre aperto e lo scarico sempre chiuso si arriverà presto al punto in cui non si potranno pagare le prestazioni per tutti. E cosa è accaduto secondo voi? Che siamo sostanzialmente fermi al palo. Questa situazione è anche dovuta a quello che viene chiamato “decreto tariffe” che non è mai stato approvato dal Parlamento e ha reso la situazione stagnante. La dichiarazione di intenti che vede i LEA in costante aggiornamento e in linea con l’evoluzione della conoscenza scientifica è in realtà un obiettivo non raggiunto. La situazione è dunque paradossale, vorremmo poter fornire tante prestazioni a tutti ma non riusciamo nemmeno a fornire quelle già inserite nei LEA attuali. Elaborando i dati e monitorando la situazione dell’ultimo decennio ecco allora che abbiamo un quadro di come le varie Regioni riescano a erogare i LEA. I primi cinque posti della classifica sono tutti occupati da Regioni del centro-nord: Emilia-Romagna in testa, ma anche Toscana, Veneto, Piemonte e Lombardia. Nessuna regione del sud Italia è nelle zone alte di questa classifica, ci sono anzi molte Regioni che sono affidate al “Piano di rientro”, ovvero un sistema che dovrebbe aiutarle a rientrare nei giusti parametri ed aggiustare i loro bilanci. Ora propongo una riflessione: se regioni come Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Calabria sono quasi tutte in piano di rientro dal 2007 o dal 2009 (e con le ultime due ancora attualmente commissariate) evidentemente questo strumento non funziona. Non si può stare per 15 anni ancorati ad uno strumento per riequilibrare la sanità. È possibile che questi strumenti abbiano aiutato coi bilanci, ma non hanno prodotto nessuno sviluppo organizzativo ed il gap tra nord e sud non ha fatto altro che allargarsi.

Altra cosa che vorrei sottoporvi è il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Quando venne presentato io quasi mi esaltai, pensai che con la proposta di 88 indicatori sarebbe stato possibile monitorare in modo più analitico la qualità dell’assistenza. Scopriamo però poco dopo che la griglia LEA non viene sostituita dagli 88 indicatori ma solo da 22 di questi. E di questi 22 la maggior parte erano già presenti all’interno della griglia LEA. Siamo di fronte ad uno strumento che davvero valuta l’esigibilità dei cittadini o siamo davanti ad un *agreement* tra Stato e Regioni? Vi faccio inoltre notare come il NSG fissi a 60 la soglia di adempimento, quindi un’asticella particolarmente bassa che permette a moltissime Regioni di “essere promosse”. Ma se pensiamo che il massimo sarebbe 100, 60 corrisponde ad una mera sufficienza aritmetica. Voi tutti sapete che ci sono delle criticità circa il nuovo decreto tariffe che vanno a impattare sulla esigibilità dei nuovi LEA. Ma questi nuovi LEA sulla specialistica ambulatoriale e sulla protesica chi li può richiedere? Solo cittadini che abitano in Regioni non soggette al “Piano di rientro” e solo con fondi extra-LEA, quindi non a carico del SSN. Pochissime Regioni sono in grado di fornire tali servizi. I nuovi LEA sono quindi a mio avviso una sorta di grande illusione collettiva.

Parlando poi di sprechi e inefficienze, altro tema sempre presente, possiamo chiederci: cosa abbiamo fatto? Poco! Abbiamo lavorato poco ad esempio sull’inappropriatezza professionale, così come sul recupero delle risorse su cui abbiamo agito in modo frammentato, lasciando agire in autonomia le singole Regioni se non addirittura le singole Aziende sanitarie. Come sempre quindi non a livello strutturale.

Passiamo poi al tema dell’espansione del secondo pilastro. Alla Camera si era iniziato a lavorare bene con una serie di cicli di audizioni circa la riforma della sanità integrativa, ma attualmente i lavori sono fermi al luglio del 2019 anche se dovrebbero ripartire a breve. Le normative relative alla sanità integrativa sono estremamente frammentate, è un terreno ad oggi quasi privo di regole.

Prendiamo ora il tema della collaborazione tra Stato e Regioni. Parto col dire che qualunque indicatore si decida di prendere in esame ci mostra una Italia frammentata rispetto all’esigibilità dei diritti del cittadino. Questo accade non solo tra Regioni diverse, ma anche all’interno delle Regioni stesse, tra differenti aree metropolitane e zone rurali. Ci sono poi due novità, la prima è il NSG di cui già ho parlato, la seconda è la recente approvazione del Ddl sul “Regionalismo differenziato”. Su quest’ultimo punto noi abbiamo lavorato non poco. Nel 2019, alla firma dei preaccordi, avevamo messo in luce quali fossero le criticità in relazione alla maggiore autonomia richiesta. Sul tema delle maggiori autonomie permettetemi di fare una osservazione. Ve ne sono alcune, come l’abolizione dei tetti di spesa o la trasformazione delle borse di studio degli specializzandi in contratti di formazione lavoro che ritengo siano esigenze di tutte le Regioni, non solamente di quelle che richiedono l’autonomia differenziata. Abbiamo poi richieste che toccano il sistema tariffario, quello dei rimborsi, le remunerazioni, l’autonomia nel definire il sistema di governance delle aziende del SSN. Voi capite bene che in questo modo salterebbe ogni tipo di strumento gestionale e

organizzativo. Ci sono dei punti, di cui la stampa ha parlato a più riprese, che io definisco quasi eversivi. La maggiore autonomia nella contrattazione collettiva, se accordata in questi termini, porterebbe ogni Regione a poter stabilire quanto pagare i propri dipendenti pubblici all'interno della sanità. Questo favorirebbe una migrazione tra le varie Regioni e metterebbe una pietra tombale alla contrattazione sindacale che andrebbe quindi a sparire definitivamente. Sul tema dell'aspettativa dei cittadini e dei pazienti posso affermare che nulla è stato fatto, ma aggiungo un dato. Con pandemia il rapporto tra i cittadini e i medici si è deteriorato. Questo è avvenuto anche a causa di una informazione gestita in modo totalmente confusionario. Ci sono stati episodi, alcuni anche di violenza, che sono lo specchio dei nostri tempi. A questa situazione poco rosea vanno ad aggiungersi poi quelli che sono gli effetti del famigerato "long covid", tutte cose che vanno ad impattare il SSN, ad aggiungere ulteriori malattie a quelle già citate. Siamo in un ritardo clamoroso con l'erogazione delle prestazioni, di tutti i tipi. Per la gestione del long covid abbiamo aperto già più di un centinaio di centri dedicati, ma lo abbiamo fatto coi soldi che già c'erano e non con altri fondi. Questa pandemia ha impattato in modo importante la salute mentale di tante persone, di tanti giovani in particolare, e sappiamo quanto i centri di igiene mentale in Italia siano pochi e non sempre molto efficienti. Un altro punto, certamente tra i più importanti, è l'indebolimento che ha subito il capitale umano del SSN. Molti se ne sono andati in pensione anticipatamente, chi è rimasto è spesso demotivato e medita di fuggire nel mondo del privato, c'è un picco significativo nei licenziamenti volontari. Noi stiamo molto peggio che nel 2019, questo è un fatto. Non posso poi non citare il grande numero di richieste di risarcimento che gravano sul personale e sulle strutture sanitarie. Possiamo quindi affermare che lo stress-test della pandemia ha dato un duro colpo al SSN, non solo per la gestione dell'emergenza, ma per le "ferite" croniche che ha lasciato. In questo contesto è arrivato il PNRR che sarebbe una enorme possibilità, soldi presi in prestito che potrebbero essere utilizzati per fare un salto di qualità tecnologico e strutturale, ma che si scontrano con le arcinote criticità. Il PNRR è una scatola costruita molto bene, il problema è l'attuazione di questo disegno, la messa in pratica, specialmente del DM77. Noi chiamiamo il DM77 "riforma", in quanto l'Europa ci ha chiesti di apportare delle riforme, ma chi lo ha studiato sa che non è altro che una standardizzazione dell'assetto dei beni e dei servizi a livello territoriale. Per attuarlo servono a loro volta altre riforme, come sempre ostacolate da una serie di altri problemi e volontà. Vi faccio ora un esempio pratico di quanto le attuali disuguaglianze possano impattare sul PNRR. Entro il 2026 noi ci siamo impegnati ad assistere oltre un milione e mezzo di pazienti over 65 in assistenza domiciliare, ovvero circa il 10%. Nel 2019 la baseline era di 700 mila. Siamo sicuri di farcela? L'Emilia-Romagna, la Regione con le migliori performance, per arrivare a raggiungere l'obiettivo dovrà crescere del 17%, il Lazio che non è certo in coda dovrà invece crescere del 347%. Noi stiamo parlando di regionalismo differenziato oggi, ma sempre oggi siamo in Europa a stringere un patto che va nella direzione di ridurre le differenze regionali. Un totale *nonsense*, partiamo da obiettivi che sappiamo non potremo raggiungere. C'è poi tutta la tematica circa il personale che voi ben conoscete, aggravata da tutti questi imprevisti licenziamenti volontari e dalla situazione pensionistica. Non vi dico poi nulla su quanto accadrà nei prossimi tre anni coi medici di famiglia, molte aree montane o comunque meno accessibili sono già in grossissima difficoltà e andrà sempre peggio. Vi do poi un dato al riguardo, non è vero che non ci sono i soldi per il potenziamento dell'assistenza territoriale. Nella penultima Legge di bilancio c'è una voce che cresce gradualmente di pari passo all'attuazione del PNRR: però attenzione, se i fondi richiesti non sono vincolati alla Legge di bilancio, ma sono a valere sul fabbisogno sanitario nazionale, non vi è nessuna certezza che questi soldi siano impiegati per il personale sanitario. I fondi per i farmaci innovativi ad esempio sono vincolati, e quindi si possono spendere solo e soltanto per quello. Per concludere, se la missione del PNRR è portarci i soldi a casa il semaforo è verde, prendiamoci questi soldi perché tutto si riduce ad un problema di rendicontazione. Se l'obiettivo è mettere delle pezze costose al nostro SSN, perché comunque stiamo comprando anche attrezzature costose, l'obiettivo è più complicato ma fattibile, il semaforo lo vedo giallo. Si può fare. Ma se l'obiettivo è quello di rilanciare il SSN il semaforo è rosso, non ci sono i presupposti né rispetto all'incremento della spesa corrente, e nemmeno rispetto a quella che è una programmazione di riforme che in questo momento non si vede. Ma non da ora, da molti anni e con tanti governi che si sono susseguiti. Lo spirito riformista non esiste in questo Paese. Il rischio è quello di finanziare solo un costoso lifting del SSN. Servono investimenti vincolati all'assunzione di personale sanitario. Dopo avere pubblicato il Rapporto sullo stato di salute del SSN ci siamo fatti anche promotori di un piano di rilancio dello stesso, molto articolato.

La stentata sopravvivenza non ci piace più. O si fa un rilancio serio, o la politica deve decidere se privatizzare una parte del SSN. Una privatizzazione strutturata, governata dallo Stato. Non possiamo continuare a sognare di erogare le prestazioni a tutti quando la metà del Paese non le ottiene. Così facendo stiamo solo indebolendo la struttura ed il capitale umano, che è il più grande disastro che si possa ipotizzare. Invito tutti voi a partecipare alla Conferenza Nazionale GIMBE del prossimo 31 marzo. Io ho finito, vi ringrazio molto per l'attenzione.

Dott. Lumia- Grazie dott. Cartabellotta. Un'analisi molto puntuale come nello stile della Fondazione che lei presiede. Ora la parola al Prof. Zamagni, certamente a voi tutti molto noto e a lungo docente della nostra ed altre Università, grande esperto di economia in ambito sanitario con anche diretta esperienza di gestione di un grande ospedale romano. Prego professore.

PROF. STEFANOZAMAGNI- “Economia e salute: una difficile gestione. Ricerca della compatibilità”

1. Introduzione

Grazie molte per l'invito. Dopo aver ascoltato la relazione del Dott. Cartabellotta non mi sembra vi sia molto da aggiungere dal punto di vista dei dati di fatto. Colgo l'occasione per congratularmi con la fondazione Gimbe per il lavoro che da tempo svolge e per come lo svolge. I minuti che ho a disposizione li dedicherò alle cause di quanto sta accadendo sotto i nostri occhi. Io sono forse l'unico non-medico in questa sala al momento, ma voglio credere che anche voi siate d'accordo circa l'importanza di un'analisi di tipo socioeconomico. Ho portato con me l'ultimo numero di *Lancet*. Al suo interno c'è un articolo che inizialmente pensavo fosse riferito al nostro SSN ed invece il riferimento è a quello inglese. Questo per significare che i problemi di cui in questa sede ci stiamo occupando sono comuni ad una pluralità di paesi, anche avanzati come il caso della Gran Bretagna, dove il SSN venne istituito nel 1948. Ma qui dobbiamo occuparci della nostra Italia.

Alcuni dati statistici interessanti in chiusura di questa Introduzione. L'Italia vanta circa quattrocento medici ogni centomila abitanti, il dieci per cento in meno di Germania, Svezia, Svizzera, ma il 20% in più di paesi come Olanda, Inghilterra e Francia. Quindi non è tanto il numero di medici a fare problema, quanto piuttosto la loro anzianità. Il 56% dei medici italiani ha più di 55 anni di età ed il 23% ha oltre 65 anni. Ciò significa che è il sistema con cui si programmano gli accessi alla professione che non consente un equilibrio dinamico. Inoltre, l'Italia è il paese che in UE ha il livello più alto di spesa sanitaria *out of pocket*. È questa una lacuna grave che contribuisce ad allargare la forbice delle disuguaglianze tra cittadini. Un altro dato di grande rilevanza. I nostri medici di famiglia sono diminuiti del 7% negli ultimi 10 anni. D'altro canto, i medici ospedalieri sono aumentati del 6%, sempre nell'ultimo decennio, contro il 22% della Germania. Infine, l'OMS recentemente ha stimato che entro il 2023 potrebbero mancare, a livello mondiale, più di 10 milioni di professionisti della cura e dell'assistenza pubblica. (*Lancet*, maggio 2022).

In quanto segue, toccherò, ovviamente in breve, due questioni specifiche. La prima concerne il nesso tra qualità medica e governo della struttura sanitaria.

2. Qualità medica e governo della struttura sanitaria.

Il governo clinico mira all'eccellenza della qualità medica delle prestazioni, una qualità definita rispetto a quattro principali dimensioni: l'efficacia delle prestazioni misurata dalla relazione tra esiti raggiunti (*outcome*) e output; l'appropriatezza dei metodi e degli strumenti impiegati nella pratica clinica; la riduzione del rischio cui il paziente viene esposto ogniqualvolta si sottopone alle cure; la relazionalità che dice della qualità del rapporto interpersonale che va ad instaurarsi tra medico e paziente. Mentre sulle prime due dimensioni da tempo si va riflettendo, soprattutto da parte di coloro che si occupano della cosiddetta “evidence based medicine”, è sulle altre due dimensioni che scarsa è l'attenzione. La questione del rischio nell'assistenza medica comporta che non si accetta più, come qualcosa di inevitabile, l'esito sfavorevole di un trattamento medico, ma come qualcosa di imputabile, quanto meno indirettamente, alla responsabilità del medico curante. In termini economici, questo significa che il paziente oggi tende a non considerarsi più un *last-risk bearer*, il soggetto cioè sulle cui spalle va a ricadere il rischio residuo che ancora permane dopo che tutte le regole protocollari sono state scrupolosamente rispettate.

A ben considerare, è proprio questo fenomeno del *last-risk bearing* a spiegare il numero crescente di denunce per *malpractice* medica; l'aumento, ignoto nelle epoche precedenti, delle pratiche di medicina

difensiva (*positive defensive medicine*); l'innalzamento dei costi dovuti sia alle spese legali sia alle spese per le polizze assicurative dei medici e degli ospedali. Donde il paradosso, a dir poco sconcertante: il miglioramento della qualità delle prestazioni mediche dovuto all'aumento dell'efficacia e dell'appropriatezza delle stesse, si accompagna ad un aumento delle probabilità che il medico possa venire legalmente perseguito. Si veda, a questo riguardo, la sentenza 4400/2004 della Cassazione (III sez. civ.) che ha introdotto il principio per cui il paziente ha diritto ad essere risarcito per la perdita di opportunità dovute ad errore medico. (Si badi che tali opportunità sono considerate come un bene giuridicamente tutelabile in aggiunta al bene salute tutelato dalla corretta applicazione della cura). Non v'è chi non veda il pericolo che si profila all'orizzonte: il medico potrebbe venire a trovarsi nella quanto mai imbarazzante situazione di dover scegliere tra l'applicazione pedissequa di un protocollo, magari obsoleto, che tuttavia vale a minimizzare il rischio di essere perseguito per *malpractice* e l'adozione di una diversa linea di intervento che egli giudica, in coscienza, meglio rispondente alla situazione concreta del paziente e che però accresce sensibilmente il rischio di azioni legali nei suoi confronti. Ma v'è di più. La prassi, in rapida diffusione, di rivolgersi al giudice tutte le volte in cui si hanno recriminazioni nei confronti del medico, sta svuotando il senso della deontologia, la quale per sua natura è preposta alla regolazione del rapporto asimmetrico tra medico e paziente. Il diritto, invece, è attrezzato per trattare rapporti di simmetria, di pariteticità tra le parti. ("La legge è uguale per tutti"). La tendenza a concepire un rapporto asimmetrico in termini giuridici come rapporto simmetrico è gravida di conseguenze perverse, la più seria delle quali è la "giuridificazione" della professione medica.

Relativamente alla dimensione della relazionalità, la questione ad essa sottesa è quella della qualità del rapporto tra medico e malato. In particolare, come passare dal paternalismo, da tutti avversato, al principio di autonomia del paziente per il quale questi ha ragione di reclamare il diritto di esprimersi sulle questioni riguardanti il suo stato di salute? Il dibattito, oggi acceso più che mai, concerne l'interpretazione positiva da dare al principio di autonomia, dal momento che, se estremizzata, l'autonomia conduce a risultati certamente perversi. Invero, un'autonomia concepita come smodata rivendicazione della facoltà di trattare il medico come un mero venditore o fornitore di tecniche diagnostico-terapeutiche, non consente affatto che si possa attuare la cosiddetta "amicizia medica". Su tale nozione ha scritto pagine assai interessanti Siegler (1979), i cui lavori sono stati ripresi dalla President's Commission (1982) degli USA, la quale, nell'auspicare il superamento degli eccessi dell'autonomia, scrive: "L'elasticità del rapporto tra medico e malato dipenderà molto dalla capacità di fiducia e confidenza reciproche tra infermo e professionista" (p. 37).

In buona sostanza, il problema da affrontare è quello di come trovare una via pervia tra la Scilla del modello paternalistico ("il medico solo sa cosa è bene per il paziente") e il Cariddi del modello contrattualistico che, in nome del principio di autonomia del malato, rende il medico un esecutore-specialista che mette sul mercato le sue competenze. Se il primo modello rinuncia, del tutto irrazionalmente, a tener conto delle informazioni che al medico possono derivare dal paziente – ciò è soprattutto grave quando si ha a che fare con i portatori di patologie croniche, casi nei quali il paziente può risultare più esperto del medico – il secondo modello rischia di incrinare il rapporto fiduciario che sempre deve esistere tra medico e paziente e ciò a causa del rapporto contrattuale fra paziente e medico che quel modello postula. Solamente all'interno di una prospettiva di discorso relazionale, che concettualizza il rapporto tra chi è dipendente e chi si prende cura come rapporto di reciprocità, è possibile individuare la via pervia di cui ho detto or ora. Tale rapporto, infatti, va letto nella logica della simmetria dei bisogni, dato che oltre al bisogno di essere sostenuti v'è anche "il bisogno di sostenere".

Da quanto precede traggio una conclusione di grande momento. Nelle condizioni storiche attuali non è concepibile che il medico venga tenuto ai margini della gestione delle risorse allocate alla struttura sanitaria in cui opera. Il vecchio adagio: "il medico faccia il medico, il manager amministri" oggi è vuoto di senso, e ciò per l'evidente ragione che il processo decisionale in ambito clinico vede le dimensioni clinica e gestionale talmente intrecciate fra loro che non è più possibile pensare ad un modello organizzativo che le dicotomizzi. Ebbene, è precisamente a questo punto che il vincolo di economicità entra nelle scelte di *clinical governance*. Nel concreto, questo significa passare dalla qualità medica alla qualità totale; vale a dire si tratta di aggiungere alle quattro dimensioni di cui sopra si è detto quello della economicità della gestione ospedaliera (dalla gestione dei flussi finanziari a quella dei rapporti esterni e interni alla struttura).

Il viceversa accade con il responsabile ultimo dell'amministrazione. Per il direttore generale, l'economicità in senso ampio della gestione costituisce l'obiettivo che lui deve raggiungere, mentre le quattro dimensioni rappresentano piuttosto altrettanti vincoli. Come a dire che la funzione obiettivo del medico è il vincolo del problema decisionale del direttore generale; d'altro canto, l'obiettivo di quest'ultimo è il vincolo del problema decisionale del medico. Un'azienda ospedaliera che non tenesse in seria considerazione l'obiettivo del manager non risulterebbe sostenibile non potrebbe cioè durare nel tempo; al tempo stesso, però, se non accogliesse la funzione obiettivo del medico non avrebbe ragione di esistere, sarebbe cioè un vero e proprio spreco sociale.

Come nella realtà si è finora cercato di risolvere questo conflitto tra direttore generale e medico? Mediante l'elaborazione di più o meno sofisticati schemi di incentivo e mediante l'impiego di ben definiti processi negoziali. Questa strategia ha indubbiamente prodotto risultati di rilievo, dando luogo, almeno in alcune regioni italiane, ad interessanti modelli organizzativi. Tuttavia, sono dell'idea che si sia ormai entrati nella regione dei rendimenti fortemente decrescenti: non è realistico pensare che si possano conseguire miglioramenti significativi sul fronte della qualità totale – vale a dire, qualità medica più economicità – restando all'interno di quella strategia. La ragione è presto detta. Come indica Sterpi (2005), il fatto è che mentre il medico è un *double agent*, il direttore generale è un *single agent*. Vedo di chiarire. *Double agent* significa che il medico vive due rapporti di agenzia: il primo, nei confronti del paziente, al quale deve assicurare la qualità medica; il secondo, nei confronti del direttore generale, il cui obiettivo ultimo è – come si è detto – l'economicità della gestione. Il medico deve dunque agire nell'interesse e per conto di due principali, le cui funzioni obiettivo non sono affatto tra loro congruenti. Nell'esercizio della sua attività, il medico deve infatti tener conto anche degli effetti economico-finanziari che le sue decisioni cliniche andranno a produrre.

Non così, invece, il direttore generale il cui unico principale è l'autorità politico – amministrativa che lo ha scelto, cioè la Regione. Quest'ultima, in verità, è un principale di seconda istanza dal momento che suo compito specifico è quello di attuare le politiche sanitarie pattuite, al momento della competizione elettorale, con i cittadini dai quali ha ottenuto la legittimazione a governare. I cittadini, dunque, sono il principale di prima istanza, ma sono di fatto impediti dall'esercitare il potere di controllo che loro spetterebbe per via di un fondamentale conflitto intrapersonale: per un verso, in quanto contribuenti, hanno interesse a pagare le tasse nella misura più bassa possibile; per l'altro verso, in quanto pazienti potenziali, i medesimi cittadini hanno interesse a disporre di sempre maggiori e migliori servizi e prestazioni sanitarie. E' a causa di questa peculiare forma di conflitto, più ancora che per le pur rilevanti asimmetrie informative, che la regione finisce con l'esercitare i poteri di governo e di controllo tipici di un principale di prima istanza. In definitiva, il direttore generale è agente della Regione – principale alla quale risponde, e al tempo stesso è principale del medico, al quale chiede di dar conto del proprio operato rispetto agli obiettivi fissati nel piano di produzione dell'azienda ospedaliera.

Siamo ora in grado di comprendere la natura dell'asimmetria di poteri cui alludevo all'inizio: il direttore generale ha potere sul medico, ma il viceversa non è vero. Ebbene, come tutti i teorici dell'organizzazione ci informano – da H. Simon a H. Mintzberg (1996) – un tale assetto organizzativo non può funzionare, bene e a lungo. Invero, se all'attribuzione di responsabilità ad un soggetto non fa riscontro un corrispondente potere di concorrere alla definizione del processo decisionale, non ci sarà alcun contratto incentivante capace di guadagnare alla struttura la fiducia di quel soggetto, scongiurando così i rischi del *free riding* e dello *shirking*. Non è concepibile che il medico possa dare il meglio di sé quando è tenuto ad assecondare le richieste, fra loro inconciliabili, di due diversi principali senza essere posto nella condizione di codefinire né gli obiettivi specifici da raggiungere né le modalità operative di intervento. Si pensi, per fare un solo esempio, alla questione dell'efficacia delle prestazioni; non si arriverà a definire misure adeguate e "oggettive" dell'efficacia fin tanto che permarrà l'asimmetria di cui stiamo parlando. Dove conduce questo ragionamento? Molto semplicemente, all'adozione del modello *multistakeholder* di governo, in sostituzione di quello *singlestakeholder* ovvero del modello monocratico come nel nostro paese si preferisce chiamarlo.

3. Universalismo sanitario e spesa sanitaria

Passo ora alla seconda delle questioni sopra accennate. Perché la spesa sanitaria è strutturalmente destinata ad aumentare nel corso del tempo e ciò a prescindere da forme di spreco e da inefficienze varie ?

Quattro i fattori causali maggiormente responsabili delle tendenze in atto. Il primo concerne l'influenza degli aumenti di reddito sulla domanda di prestazioni sanitarie. La letteratura sulle determinanti della spesa sanitaria nasce, di fatto, nel 1977 con il lavoro, ormai classico, di Newhouse (1977), secondo cui oltre il 90 per cento delle differenze tra paesi nella spesa sanitaria pro-capite sarebbe imputabile alle differenze registrate nel PIL pro-capite. L'elasticità rispetto al reddito – il cosiddetto coefficiente di Engel – stimata da Newhouse variava tra 1,15 e 1,31 – valori questi confermati da parecchi studi successivi. Questo significa che aumenti del reddito medio pro-capite trascinano con sé aumenti più che proporzionali della domanda di servizi sanitari, il che conferma – se ce ne fosse bisogno – la natura di bene superiore posseduta dalla tutela sanitaria. Il fatto è che, come gli economisti ben sanno dai tempi della legge di Engel, il consumatore razionale all'aumentare della propria disponibilità di bilancio muta la struttura, cioè la composizione, dei propri consumi, riducendo la quantità acquistata di quelli inferiori e normali e aumentando quella dei beni superiori, come appunto è il bene salute. Al tempo stesso, l'elasticità della domanda di servizi sanitari rispetto al loro prezzo è significativamente inferiore all'unità, rivelando la natura di bene privo di sostituti posseduto da tale tipologia di consumo.

In parte collegato agli aumenti di reddito pro-capite è un secondo fattore di aumento della spesa sanitaria: si accresce l'interesse presso gli utenti per la qualità dei servizi sanitari. All'aumentare cioè delle sue disponibilità economiche, l'utente sanitario tende a diventare sempre più esigente. Chiaramente, ciò cui l'utente è interessato nel processo di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria non è tanto la qualità rispetto agli input (misurata stimando la quantità delle risorse utilizzate dal fornitore dei servizi); né quella rispetto ai processi (misurata mediante indicatori di utilizzo delle strutture). L'utente è piuttosto interessato alla qualità rispetto agli outcome (misurata con indicatori di morbilità e mortalità), a prescindere cioè dalla cosiddetta intensità di trattamento.

In definitiva, il perseguimento dell'obiettivo della qualità dei servizi sanitari – un obiettivo che sempre più nelle nostre società avanzate entrerà a far parte integrante della più ampia ricerca della qualità della vita – non può che determinare aumenti tendenziali della spesa sanitaria. Soprattutto perché la qualità nella sanità comporterà sempre una massiccia presenza del fattore lavoro, che mai potrà essere sostituito anche dal più vistoso degli avanzamenti tecnologici. Si può certo pensare ad una fabbrica completamente automatizzata, ma un ospedale non sarà mai tale. Anzi, più avanza la componente tecnologica più si accresce il fabbisogno di unità di lavoro adeguate. Non è dunque casuale se già oggi oltre il 42 per cento dell'intera spesa sanitaria italiana è costituita dal costo del lavoro.

Una terza causa di aumento tendenziale della spesa sanitaria chiama in causa il progresso scientifico e tecnologico. Il periodo post-bellico è stato definito l'epoca della "rivoluzione terapeutica" (Bernard, 1994): le nuove tecnologie sanitarie hanno letteralmente rivoluzionato, nell'ultimo cinquantennio, i modi tradizionali sia in diagnostica sia in terapeutica. Si pensi alla risonanza magnetica nucleare, alla Tac con emissione di positroni, alle possibilità di trapianti di organi umani e così' via: un armamentario, questo, totalmente sconosciuto ancora pochi decenni fa. Ciò ha potentemente contribuito a diffondere tra la popolazione una fiducia crescente nella medicina e, di conseguenza, un ricorso sempre più intenso a terapie innovative e ad alto contenuto tecnologico, con le conseguenze sul livello dei costi per caso trattato che è facile immaginare. Un discorso a parte è quello che riguarda gli effetti, ancora ignoti, delle applicazioni dell'Intelligenza Artificiale alle cure sanitarie. Tre sono le principali aree di intervento: lavoro amministrativo (documentazione, contabilità, triage, ecc.); diagnostica; terapeutica (medicina personalizzata, terapeutica digitale, chirurgia, ecc.). Occorre veramente mettersi a studiare!

Passo, da ultimo, alla causa ascrivibile alla transizione demografica in atto. I fatti sono ormai ben noti a tutti. Al 1994, la vita media alla nascita degli italiani era di 74,7 anni per gli uomini e di 81,7 anni per le donne. Le previsioni ISTAT al 2030 portano questi valori a 81 anni e 86 anni rispettivamente. Ma è il processo di invecchiamento della popolazione, iniziato un quarto di secolo fa, il fenomeno che più rileva ai fini presenti. All'aumento dell'età media del nucleo familiare si affiancherà, da un lato, una maggiore frequenza di patologie cronico-degenerative (già oggi, oltre il 70 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne ne è affetta), e dall'altro, una progressiva minore capacità della famiglia di esercitare il ruolo di promotore di salute e di assistenza ai soggetti non autosufficienti.

Non è difficile cogliere le implicazioni di simili andamenti sulla domanda di prestazioni sanitarie. Quest'ultima, infatti, non si distribuisce uniformemente sulle diverse fasce di età delle persone, ma tende a

concentrarsi su quelle alte. L'OECD ha valutato che la popolazione anziana spende per la salute quattro volte di più della non anziana. A scanso di equivoci, è bene precisare che non è tanto l'aumento dell'aspettativa di vita (*life expectancy*) a determinare, di per sé, una lievitazione della spesa sanitaria, quanto piuttosto l'innalzamento dell'aspettativa di vita in buona salute, cioè della cosiddetta *health expectancy*. Inoltre, va considerato che le generazioni attuali non invecchieranno con le stesse modalità, e dunque non esprimeranno il medesimo fabbisogno di cure, di quelle di ieri. Opportunamente si parla, a tale riguardo, di un "fattore generazione" attribuibile, da un lato, all'emergere di nuovi modelli socioculturali di riferimento che vedono la salute non solo come assenza di malattia e, dall'altro, alla più agevole e trasparente diffusione delle informazioni circa i mezzi e le opportunità di cura. E' dunque plausibile attendersi una certa influenza sui modi di consumo sanitario attribuibile al fattore generazione, allorquando i giovani di oggi diventeranno i nuovi vecchi.

Visto che la spesa sanitaria è destinata ad aumentare nel corso del tempo per ragioni *strutturali*, che prescindono cioè dalle varie forme di spreco e di *mala gestio*, e considerato che questo aumento è di un tale ordine di grandezza da rendere di fatto impraticabile qualsiasi tentativo di porvi rimedio con gli usuali strumenti della fiscalità generale, che fare? Due, basicamente, i modi di risposta possibili. Quello tradizionale si appoggia sul seguente schema concettuale: si parte dal vincolo delle risorse disponibili e si cerca di massimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie compatibilmente con il vincolo medesimo. In buona sostanza, si tratta di intervenire sui livelli di efficienza (allocativa e tecnologica) allo scopo di ridurre gli sprechi e di migliorare la produttività del lavoro di tutti coloro che prendono parte al processo sanitario. È in ciò il senso ultimo dell'aziendalizzazione in sanità e delle varie pratiche (esplicite e, più spesso, implicite) di razionamento delle prestazioni. Non si può certo negare che risultati positivi siano stati raggiunti su tale fronte. Se di ciò dobbiamo andare orgogliosi, si deve al tempo stesso ammettere che non sarebbe onesto far credere ai cittadini e ai *policy-makers* che è possibile affrontare, in futuro, il problema dell'aumento strutturale della spesa sanitaria continuando unicamente sulla via delle razionalizzazioni, dell'aziendalizzazione e degli strumenti ad essi connessi (DRG; schemi di incentivo; managed competition; raffinamenti dei sistemi di finanziamento; razionamento per QALYs; ecc.).

Ecco perché ritengo preferibile l'altro modo di risposta: quello di considerare l'insieme delle attività connesse alla cura della salute come un vero e proprio distretto sanitario, in analogia al concetto di distretto industriale. È come pensare ad una lunga catena, nella quale "l'ospedale" occupa l'anello centrale. A monte dell'ospedale si collocano tutte quelle imprese o organizzazioni produttive che si occupano di comparti come: il biomedicale; il farmaceutico; la telemedicina; la farmacogenomica che è oggi il settore trainante del biotech (e che aspira ad utilizzare le informazioni genomiche su come la variabilità genetica individuale contribuisce alla variabilità nell'azione dei farmaci in individui diversi). A valle dell'ospedale vi sono i consumatori dei servizi sanitari, o meglio le reti di famiglie, dalle quali dipendono forme di protezione e di promozione della salute non meno importanti dei presidi sanitari. È stato stimato che a tale forma si associa un contributo potenziale alla riduzione della mortalità valutato intorno al 43 %, mentre il dato relativo ai "sistemi di cura" è pari all' 11%. Ne deriva che strategie di empowerment dei consumatori di servizi sanitari servono a realizzare quell'*alleanza* tra cittadini e operatori sanitari dalla quale possono derivare risorse, monetarie e non, tutt'altro che marginali. In buona sostanza, l'idea è quella di far affluire alla sanità risorse aggiuntive rispetto a quelle provenienti dalla fiscalità generale. Per dirla con uno slogan, si tratta di passare dalla *managed competition* alla *managed cooperation*. (La Norvegia è stata il primo paese a muovere passi decisi in questa direzione con una legge del 1995).

Quali presupposti devono essere soddisfatti per rendere pervio un simile passaggio? Mi limito, ad indicarne due soltanto. Il primo concerne la riforma dell'insegnamento della medicina. Si tratta, in breve, di questo. Le conoscenze genomiche e proteomiche da un lato e gli sviluppi della farmacogenomica, dall'altro, stanno rivoluzionando la medicina, consentendole di conseguire risultati finora inaspettati. Per trarre beneficio da tali novità, la medicina deve riconsiderare i propri fondamenti teorici e modificare il proprio statuto epistemologico nel senso di inquadrare l'approccio alla persona malata in una prospettiva che sappia valorizzare la dimensione personale. Ebbene, registriamo oggi un divario crescente tra l'avanzamento delle conoscenze tecnico-scientifiche e la riconsiderazione dei fondamenti della medicina. È in ciò la causa principale del disagio che avvertiamo come pazienti: il disagio di una progressiva disumanizzazione della medicina.

Come risulta da una recente indagine della McKinsey, le principali linee di tendenza che caratterizzeranno l'evoluzione della sanità nei prossimi decenni sono: un aumento del grado di informazione e di consapevolezza dei pazienti; un ingresso massiccio dell'information technology nei processi di cura; uno spostamento di attenzione dalla cura alla prevenzione grazie alla diffusione degli studi genetici; il processo diagnostico-terapeutico diverrà sempre più standardizzato. Da ciò consegue che risulteranno vincenti quelle organizzazioni sanitarie più vicine ai pazienti, quelle cioè che riusciranno ad incorporare nella propria funzione obbiettivo quelle variabili su cui maggiormente si riversa l'attenzione dei pazienti. Inoltre, la *e-health* avrà spazi sempre maggiori e comporterà una evoluzione delle modalità di fornitura di assistenza clinica e medica e di nuovi servizi che supereranno le barriere territoriali. Infine, sarà indispensabile un'opera di costante apprendimento e riqualificazione del personale, anche mediante l'impiego di metodologie capaci di far emergere la c.d. conoscenza tacita, nel senso di M. Polanyi (1962).

Il secondo presupposto chiama in causa i rapporti tra università e centri di ricerca, da un lato, e imprese che si collocano a monte dei presidi sanitari, dall'altro. Come è noto, nella letteratura economico-manageriale, i rapporti in questione continuano ad essere rappresentati nei termini di una mera attività di trasferimento tecnologico: l'università fa ricerca di base e trasferisce poi i risultati conseguiti agli utilizzatori industriali che se ne servono per realizzare i propri piani di produzione. Da qualche tempo, questo modello di rapporti ha cessato di essere applicato perché non è più in grado di generare i frutti desiderati. Non è difficile darsene conto. Si parla, oggi, di *cooperazione tecnologica*: università e impresa cercano di sviluppare accordi di cooperazione per dare vita, insieme, a progetti innovativi, scambiando informazioni e competenze e, soprattutto, mettendo in comune le risorse necessarie. Quale la novità di maggior peso che è alla base del nuovo modello? Quella di superare l'approccio diadico (singola Università – singola impresa) che ha finora dominato il sistema delle relazioni Università – industria. Tale approccio ha sempre penalizzato paesi come il nostro che, notoriamente, difettano di imprese di grandi dimensioni. Piuttosto, si tratta di coinvolgere, sulla base di ben studiati assetti organizzativi, l'insieme delle istituzioni pubbliche e delle imprese private nella realizzazione di progetti tecnologici innovativi.

Nessuno può nascondersi le difficoltà insite nella realizzazione pratica di questo secondo modo di risposta. Si tratta, essenzialmente, di difficoltà di ordine politico, concernenti cioè la distribuzione del potere. È questo che, come è immaginabile, fa problema; non già le difficoltà tecniche e tanto meno quelle culturali. Ma non vi sono alternative all'orizzonte. Se si ha a cuore l'universalismo in sanità, se si vuole evitare di imboccare la via del razionamento delle cure, se si vuole che il sistema si mantenga sostenibile, se si desidera che gli aumenti dei livelli qualitativi delle prestazioni non avvengano a scapito dell'equità delle cure, non vi è altra strada da percorrere.

4. Anziché una conclusione

L'argomento sviluppato in questo scritto ha un fine ultimo, quello di mostrare che il governo di un sistema complesso come è il sistema sanitario non può essere messo in opera restando all'interno della tradizionale contrapposizione tra una visione statalista ed una liberista dell'ordine politico-economico. Secondo tale concezione, controllo statale e meccanismi di mercato vengono visti come alternative antitetiche per il disegno di un sistema sanitario. Eppure, è cosa ormai nota che né l'istituzione stato né l'istituzione mercato sono in grado, da sole, di risolvere conflitti fondamentali e, in particolare, di sciogliere in modo accettabile quelle "scelte tragiche" che si presentano in sanità in modo sistematico e non occasionale.

Rispetto a tale concettualizzazione dicotomica – invero, alquanto obsoleta – giudico più promettente la via di un rapporto cooperativo tra dimensione pubblica e privata secondo cui lo stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare le sacche di inefficienza endemicamente presenti in sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi del privatismo sanitario. (Sarebbe questo un antagonista serio di quella coesione sociale che è stata ed è l'elemento centrale del processo di sviluppo italiano). Al tempo stesso, al mercato, che deve articolarsi nelle forme diverse ma complementari dell'economia privata e dell'economia civile, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive rispetto a quelle raccolte con la fiscalità generale per rendere sostenibile un welfare sanitario di tipo universalistico, e di contrastare le tentazioni ricorrenti

di dirigismo economico e politico mostrando, con i fatti, come si possa arrivare ad esiti socialmente ottimali in sanità.

Dott. Bagnoli. Grazie professor Zamagni. Lei è stato nostro ospite in molte altre occasioni e la sua analisi della situazione che ci propone è sempre illuminante. Passiamo ora, per quanto ci è possibile, una lenta di ingrandimento sulla condizione degli ospedali. Il dott. Lumia, presidente della nostra Commissione Medica di Albo, è un chirurgo ospedaliero del più grande complesso ospedaliero della regione, Il Policlinico Sant'Orsola Malpighi. È anche segretario regionale di un sindacato di medici, la CIMO, e ci trattergerà ora quanto difficoltosa sia la situazione in cui versano le strutture ospedaliere del SSN. Prego Salvatore.

DOTT. SALVATORE LUMIA- “La realtà Ospedaliera”

Diapositive al link [Presentazione Con 4.02.23 Slide Dott. Lumia](#)

Grazie Luigi. Lasciami intanto ringraziare molto il Prof. Zamagni, la maggior parte delle considerazioni da lui fatte meriterebbe un evento dedicato per discuterne, e lo stesso discorso per il Dott. Cartabellotta. Sono state relazioni dense ed importanti. Mi tolgo però ora la giacca da presidente dell'albo per vestire quella da medico ospedaliero e raccontarvi il mio punto di vista e la mia esperienza. Tutti voi sapete a questo punto come si lavora in un ospedale, i medici sono una risorsa importantissima, da tempo vittime di profonde demotivazioni. Il finale di questa storia è spesso una fuga del medico stesso. Il mio discorso sarà semplice, mi spiace se qualcuno si sentirà offeso. Parto citandovi i dati di questo dossier redatto dalla federazione CIMO FESMED, un dossier che nasce da un'inchiesta e che nonostante sia stato diffuso non tutti conoscono. Si parla di 35.000 contenziosi l'anno e di circa 100 denunce ogni giorno a carico dei medici, denunce che non fanno che aumentare i premi assicurativi. Parliamo di 2500 casi di violenza, 12.000 episodi accertati da Inail di aggressioni a medici, il 75% di questi a carico di colleghe donne. Guarda caso poi le amministrazioni degli ospedali, tra tutte le amministrazioni pubbliche, sono quelle col più alto tasso di provvedimenti disciplinari. Il 73% dei medici nel paese lavora più di 38 ore settimanali, il 20% supera le 48. I turni che dovrebbero essere redatti mensilmente risultano spessissimo settimanali. Il 24% dei medici ha un accumulo di ferie arretrate tra i 50 ed i 100 giorni, io stesso navigo attorno agli 80 giorni e non riesco a smaltirle. C'è un fortissimo eccesso di burocrazia, un fatto estremamente negativo e già citato anche dal Prof. Zamagni. Ci sono giorni in cui tra le 8 e le 13 mi capita di visitare fino a 35-40 pazienti. Per ognuno di loro perdo moltissimo tempo in modulistica e procedure cartacee, tutte cose che un tempo erano a carico degli amministrativi. Senza gli specializzandi che fortunatamente mi danno una mano avrei grossissime difficoltà a portare a termine il lavoro. La burocrazia è la mia principale perdita di tempo e riduce anche lo spazio che posso utilizzare per gli aggiornamenti e la formazione. Tutto quello che sto descrivendo è una fotografia molto vicina a quella che ci ha portato oggi il Dott. Cartabellotta, i problemi c'erano anche prima, ed erano gravi. Non parliamo poi dei salari che sappiamo essere tra i più bassi. Sono stati anche tagliati i fondi delle retribuzioni accessorie che oramai compensano poco o nulla lo stipendio regolare. Quando parliamo poi di libera professione possiamo affermare che solo il 30% del costo *che un paziente paga di tasca propria* per una prestazione entra realmente nelle tasche del medico. Più del 72% dei medici dipendenti è interessato, se non deciso, ad abbandonare il pubblico. I medici giovani, che hanno già compreso come vanno le cose, hanno sin da subito iniziato la loro attività impostando la loro carriera in un modo ben preciso. I nostri problemi di tutti i giorni sono questi quindi, il tardivo rinnovo dei contratti, la mancata applicazione degli orari di lavoro, le aspettative di carriera mancanti, l'erosione della posizione e della retribuzione. C'è poi un punto particolarmente caro a noi sindacalisti: nel 2009 il ministro Brunetta cancellò le concertazioni per quanto riguarda le riorganizzazioni aziendali trasformandole in informazioni. Quando oggi noi sindacati ci rechiamo in una azienda quelli continuano a fare ciò che vogliono e noi non abbiamo modo di fare nulla. Come sindacati vorremmo tornare ad avere un minimo di influenza e di leva quando necessario. L'interaziendalità e l'unificazione dei servizi ospedalieri si sono poi portate a casa dei difetti collaterali. Si sono formate delle unità operative con un singolo primario che sono però spalmate su più strutture ospedaliere. Questo ha ridotto istantaneamente le possibilità di carriera di molti professionisti e li ha costretti ad una continua migrazione tra le stesse. Ci sono medici che quasi ogni giorno sono costretti a cambiare reparto. Io, ad esempio, sono un chirurgo e mi sposto continuamente tra l'ospedale sant'Orsola e quello di Budrio. Ci sono giornate in cui opero pazienti anche abbastanza problematici, pazienti che il giorno

successivo, quando si richiederebbe e sarebbe opportuna una mia visita io non posso vedere poiché impegnato a chilometri di distanza, in un'altra struttura. Non ritengo giusto questo modo di lavorare. Credo che tutto questo abbia portato ad un peggioramento del servizio che offriamo. Questo discorso vale per tutti, il radiologo, l'internista e lo specialista. Se si debbono tagliare dei servizi e ridurre dei posti letto facciamo accentrando il tutto in *niche* strutture. La mobilità e la capacità di spostarsi dei cittadini oggi è molto maggiore di un tempo, sarebbe una scelta più logica. Lo stesso discorso vale per i servizi di guardia e di reperibilità. Vogliamo poi parlare dei reparti per intensità di cure che sono stati creati negli ultimi anni? Nello stesso contenitore sono stati messi pazienti provenienti da specialità assai diverse tra loro, a volte persino incompatibili e rischiose. Pensate a pazienti con stomie, quindi con la presenza di microbi provenienti dalle feci, messi assieme e vicini a pazienti di chirurgia vascolare, pazienti con protesi. Non voglio dilungarmi oltre. C'è il sempreverde problema del task shifting su cui non voglio dilungarmi, dirò solo che l'atto medico deve essere fatto dal medico, diagnosi e cura sono a carico del medico, debbono esserlo. Il medico ospedaliero sta subendo una situazione di grande difficoltà, molti stanno fuggendo. Il lavoro ospedaliero è un lavoro complesso, una interazione di tante professionalità che debbono viaggiare nella stessa direzione ma mantenendo le proprie specificità, valorizzandosi e rispettandosi reciprocamente.

Dott. Lumia- Io ho concluso la mia relazione. Vi ringrazio per l'attenzione e rimettendomi la giacca di moderatore cedo la parola al dott. Bagnoli, Presidente del nostro Consiglio Direttivo e medico di medicina generale con lunga esperienza nella medicina territoriale e di famiglia. Prego Luigi.

Dott. Luigi BAGNOLI- “La realtà del Territorio e la funzione dei Medici di Medicina Generale”

Diapositive al link: [Presentazione Conv 4.02.23 slide Dott. Bagnoli](#)

Io sono un ex medico di medicina generale, sono vecchio ormai e sono uno dei pochi che ha lavorato anche con le mutue. Un tempo quando parlavamo di mutue dicevamo: questa è buona, questa è cattiva. Avere le mutue voleva dire avere differenti modelli assistenziali e diversa qualità. Non mi piacerebbe tornare in giro con cinque o sei diversi ricettari. Io riporto un punto di vista dal basso e non posso certo confrontarmi con studiosi della sanità, però la mia esperienza è utile a descrivere la quotidianità della assistenza nel territorio. Come medici di medicina generale negli ultimi anni stiamo lavorando sempre di più. Mi sono chiesto perché. Uno degli elementi principali è che è cambiata in maniera sostanziale la composizione della popolazione italiana. Nel 2002 eravamo quasi 57 milioni, nel 2022 siamo arrivati a 59 milioni. I residenti in Italia sono due milioni in più. Ma se nel 2002 gli over 65 erano circa 10 milioni oggi sono ben 14 milioni. Questa fascia di popolazione aumenta quindi di quasi quattro milioni, il 31%. Una persona su quattro in Italia è sopra i 65 anni. Più o meno nello stesso periodo, sempre osservando i dati ISTAT, ci si rende conto di come stiano aumentando anche le famiglie single. Questo è un dato importante quando parliamo di assistenza ai malati. Vivere in una famiglia con quattro o cinque persone o una in cui ti trovi da solo, o con una moglie/marito anziana, fa tutta la differenza del mondo, specialmente in un periodo in cui stanno aumentando le differenze economiche. Chi sta male in questo paese starà sempre peggio. È uscito pochi giorni fa uno studio sulla distribuzione di alcune malattie qui sull'area metropolitana di Bologna. La prevalenza di patologie come diabete, malattie cardiovascolari e altre sono inversamente proporzionali, in maniera accentuata, alle condizioni economiche della popolazione. Ancora una volta le condizioni economiche e il livello culturale delle persone si lega strettamente alle condizioni di salute. Coi dati che abbiamo davanti le prospettive sono non solamente l'invecchiamento della popolazione ma anche un impoverimento della stessa. Questo si rifletterà sui più anziani. Ma cosa succede quando una popolazione diventa più anziana? Sono andato a cercare alcuni dati da Health Search un contenitore di dati della Società Italiana di Medicina Generale, dati che vengono utilizzati normalmente dal ministero per studi sulla popolazione. Guardate che cosa succede dopo i 65 anni: tutta una serie di patologie esplode! La cardiopatia ischemica passa dal 12 al 24%, stesso discorso per l'ictus ischemico, lo scompenso, il diabete, la fibrillazione atriale. Tutte queste patologie prima dei 65 anni sono presenti, ma molto meno che dopo i 65. Questo è un discorso che i miei colleghi che lavorano in ospedale conoscono benissimo poiché le medicine ormai sono delle geriatrie. I pazienti che vengono ricoverati e che assorbono risorse sono questi. E poi artrosi, ipertrofia prostatica, tutte cose che io credo ci tocchino. La maggior parte di noi qui presenti immagino abbia questo tipo di problemi. C'è poi un ultimo aspetto ma non il meno importante: la

demenza. Stiamo parlando di più di un milione di persone che hanno demenza, questo dicono i dati. Uno studio simile se non identico è stato fatto due anni fa e in Veneto, con il risultato di ritenere il dato della demenza addirittura sottostimato rispetto a quello reale. Questa situazione si riflette non solo sulla malattia in sé, ma sui problemi che noi abbiamo nella gestione dei malati che diventano anche elementi di difficile gestione in quanto perdono la propria autonomia.

Persino far loro assumere la normale terapia diventa un problema. Non è più solo uno scoglio medico quello da superare, ma diviene di assistenza alla persona. Queste persone debbono essere assistite regolarmente, da un punto di vista medico sono quelli che entrano ed escono di continuo dagli ospedali. La mia esperienza racconta che le persone di un certo ceto saranno anche fragili, ma si riescono a gestire con maggiore facilità rispetto a chi è in queste condizioni. E questa parte della popolazione sta aumentando. Oggi è così, domani sarà molto peggio. Noi medici al momento stiamo quindi lavorando in grandissima parte sugli over 65 che ci contattano in media quindici volte l'anno, venti se parliamo di over 75. Abbiamo una media per paziente di dieci contatti l'anno senza inserire nel calcolo i vari whatsapp che riceviamo giornalmente. Parliamo di oltre cento chiamate e contatti ricevuti ogni giorno lavorativo, in pratica il lavoro di un call center. La situazione attuale è questa, dunque. Ma prima com'era? Nel 2002, con un numero di medici adeguato, quelli di noi che avevano più pazienti assistevano 1400-1500 pazienti. Nel 2022 invece circa il 70% dei medici assiste 1800 cittadini, il 28% in più. Con il nuovo accordo collettivo nazionale nel 2023 la maggior parte dei medici sarà costretta a seguire fino a 2000 persone. In termini pratici passiamo da una media di 260 pazienti over 65 nel 2002 a 490 nel 2023. Abbiamo visto cosa questo comporti. In tutto questo il medico di quale aiuto organizzativo può disporre? Dieci ore di segreteria e sei ore di infermiere. Nella nostra regione, fortunatamente, a quei medici che accetteranno l'aumento a 2000 assistiti queste ore saranno raddoppiate. Mi chiedo cosa possa fare un medico di base in più di tutto quello che già fa. I nostri compiti sono di prevenire e promuovere la salute, gestire patologie acute e croniche, fornire assistenza proattiva, rispettare i livelli programmati di spesa, tutte cose giuste che però nella situazione attuale non riusciamo a fare. Ed eccoci al PNRR, che parla anch'esso di cose corrette e condivisibili come le case della comunità, gli infermieri di famiglia, continuità assistenziale, assistenza domiciliare, le cure palliative di cui noi in Emilia-Romagna possiamo vantarci di essere relativamente ben messi. Anche la telemedicina è un tema. Queste cose sono tutte opportune e da noi condivise, ma se andiamo a vedere la realtà, la situazione concreta, ecco che emergono come già ampiamente anticipato delle enormi, incolmabili differenze. Noi non possiamo guardare solo a casa nostra nel fare questo discorso. Avere dei tempi di attesa biblici nella prenotazione di un esame non è solo attesa, significa cambiare il modello di lavoro. Il PNRR enfatizza ad esempio il concetto di integrazione, prossimità e continuità. Bisognerebbe dire però che al momento prevale la fornitura della singola prestazione piuttosto che la realizzazione di quei punti. Quando si manda un paziente da un privato convenzionato lo si manda per fare uno specifico esame e basta. Non vi è alcuna presa in carico di questa persona e delle sue problematiche, non avviene uno scambio di indicazioni, nessun dialogo, nessun lavoro assistenziale sulla persona. Il privato convenzionato è solo un luogo fisico ove avviene una prestazione, non un ambiente di relazioni professionali.

Sarebbe bene che sul territorio noi potessimo contare su competenze specialistiche, le stesse presenti all'interno di un ospedale, solo utilizzate in maniera differente, puntando sulla continuità e sulla conoscenza del paziente stesso. Poi c'è il problema degli infermieri che anche laddove si trovino in numero adeguato sulla carta sono molti meno di quelli che sarebbero necessari. Inoltre esiste una crisi di vocazione. Serviranno 30.000 nuovi infermieri a breve, saranno necessari ma non ci sono sufficienti aspiranti infermieri iscritti alle facoltà di infermieristica. Se gli aspiranti medici ancora si iscrivono all'università consapevoli del fatto che verranno pagati poco, per gli infermieri la questione è grave. Chiudo questo mio intervento con alcune punzecchiature. La prima ha a che fare con l'informatica. L'informatica deve aiutarci, deve rivelarsi utile, deve divenire uno strumento clinico e di lavoro e non solo un modo per collezionare dati amministrativi. Guardate questa ricetta. Vedete come è stata stampata? È stata creata seguendo un dettame informatico amministrativo e non quello per l'uso per il paziente. Vedete come i dati di tipo amministrativo abbiano caratteri enormi e saltino subito all'occhio mentre quelli relativi alla terapia si vedano malapena? Senza una buona vista non riusciremmo nemmeno a leggere. Ecco, se chi deve gestire questa situazione ragiona in questo modo io ho seri dubbi su ciò che accadrà. A noi servono programmi informatici di self-audit, che ci aiutino a capire come stiamo lavorando, quanta qualità ci sia nel nostro

lavoro, che ci diano indicazioni su cosa migliorare. Questi di cui faccio menzione sono requisiti minimi di partenza, requisiti che non abbiamo, non un punto di arrivo. Ringrazio tutti voi che avete partecipato a questo incontro oggi, venendo qui non abbiamo fatto un favore a noi medici ma bensì ai cittadini, l'unica cosa a mio avviso importante e che mi interessi in questo momento. Grazie.

Dott. Bagnoli.

Riprendo momentaneamente la veste di coordinatore per introdurre il prof. Ivan Cavicchi, docente di sociologia dell'organizzazione sanitaria dell'università di Tor Vergata e frequente ospite nei nostri convegni. Il prof. Cavicchi ha inoltre una consistente produzione bibliografica nel settore e ci lascerà una breve bibliografia. E' stato consulente anche della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) per la quale ha redatto le "Cento Tesi" per aprire il dibattito sugli Stati Generali della Professione Medica. Dibattito purtroppo interrotti durante pandemia. Prego prof. Cavicchi.

Prof. IVAN CAVICCHI- "SSN: Prospettive e Proposte"

Il titolo di questo convegno come tutti i titoli è una indicazione sommaria quindi sintetica che serve a individuare l'ambito dei temi da affrontare, una proposta di metodo quella della discussione da fare in subjecta materia, una sintesi degli argomenti da discutere quelli meritevoli di essere discussi, una dichiarazione dell'intenzione di fondo di coloro che hanno organizzato il convegno che è quello soprattutto di mandare alla politica delle precise sollecitazioni e indicare alcuni snodi cruciali.

Nello stesso tempo questo titolo, proprio perché necessariamente è una sintesi di tante cose, dovrebbe rientrare nella categoria dei truismi. Cosa sono? Sono verità ovvie e per le quali non serve nessuna dimostrazione. Verità quindi indiscutibili di cui appare superflua ogni spiegazione. Come si fa a dire che il SSN non sia un asset, un costo e una opportunità? Ma allora se sono truismi perché un convegno? Perché queste verità ovvie, in realtà oggi sono molto problematiche e la loro interpretazione è tutt'altro che scontata ma soprattutto molto incerta.

1- Introduzione ai futuri contingenti.

Mi è stato chiesto di definire le prospettive del SSN cioè di descrivere la direzione di marcia verso la quale sta andando il SSN. In sostanza mi è stato chiesto di definire un futuro possibile ed eventualmente un contro-futuro possibile. Non è proprio facile ma un modo c'è ed è quello che i filosofi chiamano "futuro contingente". Che cosa è? Se consideriamo il PNRR, la legge finanziaria, i tagli lineari i blocchi alle assunzioni, il DM 70 cioè l'insieme delle misure adottate dal governo circa la sanità, abbiamo a disposizione un sistema di verità quelle del governo. Se il governo sulla sanità prenderà decisioni sulla loro base, come sta facendo, è possibile dire già ora cosa sarà il futuro contingente della sanità. Sono quindi le verità a cui crede questo governo che ci permettono di determinare in una certa misura gli eventi futuri della sanità. Non bisogna quindi essere dei grandi indovini per capire che, se la sanità è malata ed ha bisogno di essere curata ma il governo non ha la cura adeguata allora è probabile che la sanità farà una brutta fine. Se la verità politica principale del governo è obtorto, a causa della crisi economica, il de-finanziamento della sanità a condizioni non impedisce il futuro contingente della sanità sarà, con molta probabilità, molto ma molto problematico. Se sarà così, allora, è inevitabile che resteranno tutte le contraddizioni del sistema ma aggravate, quindi la contraddizione tra privato e pubblico, gli squilibri tra nord e sud, la mobilità sanitaria, le diseguaglianze strutturali, la de-capitalizzazione del lavoro, i diversi sistemi regionali e perfino le famose liste di attesa, i pronti soccorsi intasati di malati, gli ospedali minimi, ecc. Cioè se non si interviene è possibile per usare un paradosso che il futuro della sanità in un regime di definanziamento, sarà senza futuro. Cioè la debacle.

2- Le responsabilità della politica.

Vorrei far notare che il mio discorso sul "futuro contingente" della sanità equivale a concepire il futuro della sanità come sostanzialmente predeterminato prima di tutto dalla politica. Il "futuro contingente" della sanità è quindi un futuro politico. La grande responsabilità del governo è politica. Saranno le verità della politica cioè ciò che la politica crederà vero che decideranno il futuro contingente della sanità. Ogni volta che la politica ha deciso per la sanità il suo futuro contingente lo ha fatto solo e prevalentemente sulla base delle sue verità politiche, quindi senza fare scenari, organizzare discussioni pubbliche, consultazioni di un qualche tipo. Cioè senza neanche supporre che oltre le verità politiche della politica vi erano anche le verità

della sanità. Cioè altre verità. Dirò di più, dalla analisi storica sulle grandi scelte politiche fatte in sanità negli scorsi decenni, si comprende che le verità supposte tali dalla politica spesso non erano altro che l'espressione di un pensiero prelogico, il prodotto di pregiudizi o di false convinzioni per non dire di vere e proprie superstizioni. La privatizzazione, ad esempio, quella decisa negli anni 90 non ha nulla di logico. E oggi ci sta giocando contro. Oggi la privatizzazione ha gonfiato costi del sistema pubblico e oggi i costi gonfiati mal si conciliano con la crisi economica.

3-Le scelte della politica.

Nessuno obbligava la politica a risolvere i problemi solo in un modo. E in quel modo neoliberale. Cioè nessuno obbligava la politica a definire per la sanità certi futuri contingenti e non altri. Cioè di scegliere futuri per forza neoliberali. Però è stato fatto. Questo è il punto politico vero. Oggi il futuro contingente della sanità non dipende dalla sorte, dai contesti difficili, dalle nuove difficoltà economiche, ma dipende interamente dalle scelte politiche del governo. Oggi secondo me il governo di destra non ha un pensiero originale sulla sanità. Oggi da quel che abbiamo visto la destra continua a fare quello che ha sempre fatto la sinistra. I tagli lineari e i tetti risalgono più o meno al governo Monti (2011) non c'è niente che impedisca al governo Meloni di prendere altre strade ma da quel che vedo per il governo ciò è praticamente impossibile ma non perché ciò sia oggettivamente impossibile ma solo perché il governo non ha un pensiero adatto o meglio per questo governo nel panorama economico dato, la sanità non solo non è una priorità ma è una vera palla al piede. Insomma, il problema vero non è la sanità ma la *cognitio inanis* di questo governo. Esso a parte i tagli lineari e i tetti in realtà non ha un pensiero sulla sanità per offrire alla sanità una prospettiva. Per questo credo che la *cognitio inanis* del governo porterà la sanità pubblica alla rovina. Nessun altro futuro contingente può essere possibile se il governo non si emanciperà dagli errori del passato quindi dagli errori della sinistra e dai suoi limiti oggettivi. Cioè se il governo non cambierà radicalmente il suo atteggiamento nei confronti della sanità. Ma per convincere il governo a cambiare atteggiamento bisogna fare i conti con la crisi e nella crisi trovare le scappatoie di cui abbiamo bisogno. Considero questo convegno un contributo importante per far capire al governo che soprattutto in una crisi non esiste solo la strada dei tagli lineari ma esistono tante altre strade possibili da battere per rendere composibili gli scopi politici del governo e quelli della sanità pubblica.

4-Sanità e crisi globale.

Sarebbe un grave errore se considerassimo le difficoltà del governo Meloni fuori da una difficoltà più globale più generale e più vasta dell'occidente e dell'Europa. Le politiche sanitarie della Meloni sono politiche recessive ma politiche comuni, anche se in forme diverse, a tutta l'Europa perché comune è la crisi del rapporto tra sviluppo e sanità. Per comprendere questa crisi suggerisco di leggere il documento OCSE. "*Health care financing in times of high inflation*". Un documento, secondo me, molto importante ma non perché come hanno frainteso certi commentatori ci suggerisce le "ricette" per risolvere i problemi della sanità, ma perché l'Ocse, prende atto, che c'è una crisi globale e, mette al centro del discorso, la contraddizione tutta politica tra questa crisi e la sanità. L'Ocse ha detto sostanzialmente una cosa sola: la crisi economica non sta facendo altro che esasperare la vecchia contraddizione risorse-sanità ma questa volta mettendo in pericolo la sopravvivenza dei sistemi sanitari. Cioè i sistemi sanitari, almeno il nostro, a tirare la cinghia sono abituati ma questa volta essi a causa della crisi, corrono dei rischi in più che poi sono tutti quelli legati alla sopravvivenza soprattutto della sanità pubblica.

L'Ocse sul conflitto tra crisi e sanità fa prima di tutto un discorso politico non tecnico: mette ovviamente in rilievo la contraddizione principale ovvero mentre i costi dei sistemi sanitari continuano ad aumentare i governi a causa della crisi tornano ai tagli lineari cioè a de-finanziare strutturalmente i sistemi sanitari, ormai mantenere la priorità della salute nei bilanci pubblici è diventata la nuova sfida di questo tempo, ormai dobbiamo dire addio alla possibilità di assicurare un aumento generale della spesa pubblica e quindi una crescita della spesa sanitaria, nel quadro economico attuale purtroppo le opzioni politiche possibili rimangono limitate.

Il quadro descritto dall'Ocse si faccia attenzione è del tutto sovrapponibile al quello del nostro paese: il nostro governo vedendosi ridotte le possibilità economiche complessive ha adottato una politica di definanziamento strutturale della sanità, escludendo quindi la possibilità di un suo rifinanziamento pieno, ormai la sanità è destinata al sotto-finanziamento cronico quello che al tempo di Renzi si chiamava "de-finanziamento progressivo", tutte le proposte avanzate per assicurare alla sanità una riserva percentuale

della spesa pubblica per esempio il 7% del fondo o il 5% per la salute mentale sono destituite di fondamento cioè non hanno alcuna possibilità di essere realizzate, tutte le richieste rivolte al governo, per esempio dai sindacati, come la rimozione dei tetti di spesa alle assunzioni, gli aumenti salariali, i rinnovi contrattuali cioè tutto quanto comporta per il sistema una crescita della spesa, in questa crisi, senza coperture finanziarie sono destinate a d essere vanificate.

5-Misure urgenti per rifinanziare la sanità.

Se l'analisi dell'Ocse fosse giusta allora prima di affrontare i problemi della sanità per me bisognerebbe prima rimuovere le contraddizioni. I problemi della sanità non si risolvono a contraddizioni invariati. Solo i burocrati pensano il contrario. Per rimuovere le contraddizioni bisogna riformare. Ma per riformare la logica del *problem solving*, quella preferita dai burocrati, non basta. Oggi la contraddizione principale tanto per cambiare rimanda alla famosa questione mai risolta della "sostenibilità". Oggi con la crisi economica i sistemi sanitari pubblici sono a priori insostenibili cioè del tutto incompatibili con le priorità economiche finanziarie del paese. La contraddizione tra crisi economica e rifinanziamento dei sistemi sanitari denunciata dall'Ocse va quindi messa al centro delle nostre strategie.

Ma qual strategie? Proprio perché sono convinto della gravità della crisi di cui parla l'Ocse io continuo a pensare che serva, come il pane, una "quarta riforma" cioè un convinto cambiamento di sistema ma nello stesso tempo sento anche pragmaticamente la necessità di rapportare questa proposta di riforma con la crisi che c'è. Non posso aspettare per intervenire sulla crisi di fare la quarta riforma Fare una quarta riforma ha certi tempi ma intanto *it et nunc* dobbiamo sopravvivere alla crisi. Quindi secondo me servirebbe da subito un intervento straordinario e subito dopo un bel cambiamento riformatore.

Quelli della mia generazione si ricorderanno che, all'indomani della riforma del '78, più o meno ogni anno, c'era un provvedimento del governo con questo titolo "misure urgenti in materia di spesa sanitaria". Io penso che oggi serva una "quarta riforma" ma da subito servano misure urgenti per difendere *it et nunc* la sanità dalla crisi economica. Queste misure purtroppo non ci sono e purtroppo nessuno le ha chieste. Neanche i sindacati che, al contrario, avrebbero tutte le ragioni per chiederle. Parlo di misure straordinarie non ordinarie. I sindacati a differenza degli altri paesi europei non hanno fatto neanche una ora di sciopero a difesa della sanità pubblica e contro i tagli lineari. Incomprensibile.

6-It et nunc

L'Ocse ci dice che oggi *it et nunc* dobbiamo difendere la sanità pubblica dalla crisi economica. Cioè ora. E che per questo dovremmo adottare subito misure straordinarie senza le quali non è possibile rifinanziare la sanità e senza le quali ogni incremento di spesa è praticamente impossibile perché privo di coperture finanziarie. Quali misure straordinarie *it et nunc* sono possibili? Riassumiamo il problema: siamo nel bel mezzo di una crisi economica. Per come siamo messi non possiamo accettare tagli lineari e meno che mai tetti alle assunzioni. Quindi a noi servono *it et nunc* dei soldi l'unico modo per averli e cercarli laddove ci sono. Oggi l'unico posto dove ci sono i soldi per noi è la spesa storica. Cioè una spesa a quantità, date come invariati, ma che proprio perché c'è la crisi andrebbe redistribuita in un modo diverso dal passato dal momento che la spesa sanitaria complessiva sia quella pubblica che privata è comunque a carico tutta dello Stato. Io propongo, proprio perché c'è una crisi, in via straordinaria, semplicemente a parità di spesa storica di dare di meno al privato e di dare di più al pubblico. Cioè io propongo di ri-pubblicizzare subito il pubblico non solo perché il pubblico è meglio del privato da ogni punto di vista ma anche perché un sistema più pubblico, alla Meloni costerebbe meno di quanto le costa finanziarie la "grande marchetta". Propongo tanto per cominciare di ricorrere *it et nunc* ad una specie di partita di giro cioè di togliere gli incentivi fiscali (soldi nostri quindi di tutti) cioè i privilegi accordati alla sanità privata e di usarli per finanziare il superamento dei tetti alle assunzioni. Una operazione che vale più o meno 5 mld e che alla Meloni non costa un solo centesimo. Io credo che la commistione pubblico privato oggi con la crisi che c'è se ieri era giustificata da un mucchio di ragioni tutte a mio parere molto neoliberiste, oggi non lo è più. Oggi è la crisi che ci dice che la commistione pubblico privato è la contraddizione sulla quale intervenire. Se questa contraddizione riusciamo a rimuoverla avremmo salvato la sanità pubblica. Se questa contraddizione sussisterà faremo fuori la sanità pubblica per mano della crisi economia. Vorrei far notare che anche l'Ocse prevede la necessità di definire "un nuovo equilibrio tra pubblico e privato".

Scrive l'Ocse "un dibattito sulla rivalutazione dei confini tra pubblico e privato in sanità sarà inevitabile avviarlo in molti paesi" perché "in presenza di budget limitati non tutti gli interventi potranno continuare a essere finanziati dalla spesa pubblica" L'Ocse definisce questa idea una "discussione strategica".

Sintesi pratica: non possiamo rassegnarci ai tagli lineari è stato un errore non contestarli al momento giusto per me è stato un errore non dichiarare subito sciopero contro i tagli lineari. Quindi dobbiamo definire un intervento urgente per rifinanziare la sanità cioè una misura straordinaria. I soldi che ci servono si devono prendere dalla spesa storica quindi ridefinendo il rapporto pubblico privato azzerando i privilegi fiscali accordi dallo Stato al privato per fare concorrenza al pubblico.

7-La quarta riforma.

È una proposta che vuole completare le riforme lasciate a metà come la 833 correggere gli errori strategici fatti con le controriforme degli anni 90 ma soprattutto definire una idea di sostenibilità non liberista cioè che non metta in discussione i diritti. Oggi non si tratta più di mettere in campo tanti interventi tampone, ognuno pensato per risolvere un problema a qualcuno o a qualcosa, in questo o in quel settore, magari contendendoci le priorità, ma valutare se rispetto al contesto di crisi in cui oggettivamente ci troviamo reggono o no gli architravi della sanità pubblica sui quali essa si regge. Ma porsi il problema degli architravi significa porsi il problema della sostenibilità. Secondo me oggi serve una quarta riforma perché nella crisi di cui parla l'Ocse bisogna ridefinire la nostra idea di sostenibilità. La crisi pone prima di tutto un problema di sostenibilità. Se al governo Meloni proponiamo una soluzione ai problemi di sostenibilità della sanità non c'è alcun motivo politico perché il governo continui a de-finanziare la sanità pubblica. Ma prima però dobbiamo fare una qualche autocritica.

L'istituzione del SSN nel '78 non ha risolto il vecchio problema della sostenibilità delle mutue e neanche l'aziendalizzazione e la privatizzazione ci sono riuscite, e comunque la spesa continua a crescere, allora l'unica strada possibile che resta è quella della quarta riforma. Quindi si tratta di fare una riforma che garantisca al futuro la sostenibilità che ci serve.

8-La salute quale ricchezza

La prima cosa che rende compossibile la sanità come sistema con l'economia è la produzione di salute come ricchezza. Se produciamo salute come ricchezza cade il problema della compatibilità. Non ha senso che la ricchezza sia compatibile con la ricchezza. Per ricchezza non intendo solo quella prodotta con tutta l'industria para-medica (farmaci, device, bio-tecnologie, ecc) ma intendo prima di tutto la produzione tout court della salute, dalla prevenzione alla cura. Oggi la produzione di ricchezza è possibile anche grazie alle recenti modifiche costituzionali mi riferisco agli articoli 9 e 41 della Costituzione. L'articolo 9 tutela la ricerca scientifica e il paesaggio come beni, l'articolo 41 dice che l'economia non deve arrecare danno alla salute, alla sicurezza, ecc. La Camera dei deputati ha introdotto nella nostra Costituzione tra i principi fondamentali la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi. La tutela costituzionale dell'ambiente non era prevista nella prima redazione della Costituzione (75 anni fa l'emergenza ambientale e climatica che abbiamo ora era inimmaginabile). Questa "inclusione" per noi della sanità, riveste un grande significato, perché, essa altro non è che una interpretazione estensiva ed evolutiva degli articoli 9 e 32. Cioè il diritto alla salute, diritto rosso di seconda generazione, attraverso i diritti di terza generazione (ambientali, protezione delle risorse naturali, l'equità intergenerazionale, sviluppo sostenibile, ecc.), si estende, si allarga acquista nuove prerogative.

9-Rivedere i rapporti tra economia e salute.

Nel momento in cui la salute si estende all'ambiente, quindi accrescendo oltre misura la sua già notevole complessità ontologica, implicitamente il legislatore è come se ponesse, rispetto al valore sovrano e allargato della salute, un limite all'iniziativa economica privata. Per me la ridefinizione dei rapporti tra economia e salute, ha un grande significato politico perché mette fuori gioco di fatto le controriforme degli anni 90 fatte contro l'art. 32. Oggi, dopo la lezione salata della pandemia, dalla quale come è noto l'economia ne è uscita a pezzi, non troverei per niente velleitario, riformulare i teoremi sulla sostenibilità finanziaria sulla base dei quali si sono fatte le controriforme. La questione vera che anche questa crisi ben descritta dall'Ocse è il rapporto tra economia e salute. Produrre salute come ricchezza è la prima risposta che si deve dare all'economia e al paese. Se si fa più salute si spende meno per curare le malattie. Allora eccola la strada da percorrere si tratta di lasciare quella dalla salute compatibile con l'economia e di

prendere quella nuova della salute compossibile con l'economia.

Dalla compatibilità alla compossibilità

Per affrontare la questione sostenibilità è necessario cambiare linea.

Basta: intervenire sulla spesa si intervenga sui costi, intervenire "sull'oneroso", si intervenga sul "costoso" o meglio sull'inutilmente costoso e sul costoso ma costoso in altro modo, basta assoggettare le professioni a superati amministrativismi aziendali quindi basta aziende inventiamoci un'altra cosa per esempio delle belle "agenzie per la salute" a gestione diffusa, prendersela con i diritti, i costi si possono ridurre ripensando i modelli a parità di diritti, tagliare, bloccare, snaturare, sottofinanziare, ciò che si deve fare è cambiare, ripensare, reinterpretare, i modelli, quelli che abbiamo costano più di quello che potrebbero costare se ripensati. Si tratta di uscire, dalla logica della compatibilità tra spesa e pil. Cioè di emanciparci da una tirannia quella del pil. Si tratta con una logica nuova che io chiamo "compossibilità. Essa come è noto è una politica diversa, e vale come la rimozione delle contraddizioni che esistono in un sistema tra economia e sanità, tra spesa e costi, tra organizzazioni e risultati, tra risultati e costo del lavoro, tra sanità e società, tra formazione e lavoro ecc. Per rimuovere le contraddizioni bisogna cambiare tutto quanto le determina (organizzazioni, prassi, modi di fare, autonomie, retribuzioni, metodologie, formazione ecc.

Assumendo le contraddizioni come costi inutili, cioè alla stregua degli sprechi, la loro rimozione ha l'effetto di ridurre la costosità complessiva del sistema e quindi di rendere inutile qualsiasi politica di compatibilità ma anche di far funzionare meglio il sistema. Rimuovere le contraddizioni vale come aumentare l'adeguatezza di un sistema sapendo che un sistema più adeguato è anche meno costoso e socialmente più accettabile.

Un sistema si definisce adeguato se ha un alto grado di compossibilità cioè se ha eliminato le tante e varie contraddizioni che sono al suo interno. Guarda caso, la compossibilità è la strada principale per la riduzione dei costi strutturali. Il costo di un ospedale, ad esempio, si può ridurre ma solo perché si possono rimuovere le tante contraddizioni che sono al suo interno. Mentre la compatibilità è l'adattamento della salute all'economia la compossibilità è l'eliminazione delle contraddizioni che esistono tra economia e sanità, tra spesa e costi, tra organizzazioni e risultati, tra risultati e costo del lavoro, tra sanità e società, tra formazione e lavoro ecc. Per rimuovere le contraddizioni bisogna cambiare ciò che le determina (organizzazioni, prassi, modi di fare, autonomie, retribuzioni, metodologie, formazione ecc. Rimuovere le contraddizioni vale come aumentare l'adeguatezza di un sistema salute compreso tra ambiente e società e economia sapendo che un sistema più adeguato è anche meno costoso e socialmente più accettabile. Un sistema si definisce adeguato se ha un alto grado di compossibilità cioè se ha eliminato le tante e varie contraddizioni che sono al suo interno.

10- La riforma della medicina

Mentre per la sanità c'è bisogno di una "quarta riforma" per la medicina c'è bisogno di una "prima riforma" perché storicamente le riforme e le controriforme in sanità sono sempre state fatte a medicina invariante, anzi, come nel caso dell'aziendalizzazione, addirittura contro la medicina e la sua autonomia. Bisogna essere ciechi o disonesti per non vedere che oggi la nostra società non chiede più solo sanità quindi solo "il servizio" la "prestazione", ma chiede, soprattutto, un'altra medicina, altre modalità, altre relazioni, un altro genere di pratica medica, una idea più moderna di scienza e rispetto alle complessità del bisogno chiedono altre euristiche e ovviamente ben altre università.

Come è possibile che, ancora oggi, la questione di una medicina adeguata alle complessità dei malati non alle complicazioni della malattia, non sia ancora nell'orizzonte riformatore della politica?

La nostra medicina scientifica dietro la vetrina luccicante della scienza ha enormi questioni irrisolte e un mucchio di scheletri nell'armadio. Per certi versi ancora oggi siamo fermi a Cartesio cioè a vecchi modi di ragionare. Abbiamo a chiacchiere sostituito "malattia" con il "malato" ma di fatto il nostro malato resta più che mai una sostanza organica e per giunta relativa ad una idea di natura ampiamente superata prima di tutto proprio dalla scienza moderna. A tutt'oggi siamo complessità per definizione ma una vera medicina della complessità non esiste. E poi ci meravigliamo se i pazienti sono diventati esigenti e gli esigenti sono diventati esitanti e se il fenomeno del disincanto nei confronti della scienza, in questa società, continua a crescere. Possibile mai che ancora non abbiamo capito che l'uso della scienza oggi in medicina è diventato un enorme problema politico? Ormai la nostra preziosa scienza è evidente che nella società dei diritti ha perduto la sua storica dogmaticità. Ma come si fa a dire che la medicina è in crisi o ha dei problemi o deve

essere cambiata se prima non definisco cosa è effettivamente la medicina. Per alcuni la medicina è una disciplina scientifica, per altri è una tecnica, per altri è addirittura un'arte per altri ancora è solo clinica, per altri è l'azienda in cui si lavora ecc.

11- La scienza impareggiabile

La medicina è una scienza impareggiabile cioè una scienza che dal punto di vista epistemico non ha pari, fatta da diversi generi specie tipi e forme di conoscenza (quella principale è quella scientifica) con un grado di complessità epistemica soprattutto oggi tra i più alti e che si regge su un antico impianto concettuale fatto da un paradigma al quale nel tempo si è aggiunta una dottrina, quindi una disciplina e infine una prassi.

Oggi nella scienza impareggiabile si dimostrano due cose:

- che nell'impianto concettuale della nostra medicina ufficiale oggi esistono grosse aporie e rilevanti contraddizioni quindi rilevanti problemi di coerenza interna;
- che tra l'impianto concettuale della medicina e la società nel suo complesso, esistono significativi bias che ci spiegano un mucchio di fenomeni negativi noti (che non cito).

Da questa doppia analisi se ne ricava l'unica cosa sensata che secondo me si possa fare e cioè rimboccarsi le maniche per rimuovere i bias, le aporie e le contraddizioni. Cioè per ripensare l'impianto perché è inutile nascondersi le difficoltà e far finta di niente oggi il problema vero non sono i dettagli ma è l'impianto. Quello che abbiamo, per tante ragioni intuibili, non funziona più come prima.

Ed è questa la vera ragione per la quale sostengo con convinzione che oggi la medicina molto prima della sanità è la vera questione politica.

12- La vera sfida è con la complessità

- se la medicina è una scienza impareggiabile, lo è perché il suo alto grado di complessità ci obbliga ad usare le verità scientifiche (i famosi a priori) integrando, caso per caso, tali verità con le conoscenze empiriche, relazionali, contestuali in possesso del medico e del malato;
- se la medicina è una scienza impareggiabile lo è principalmente perché la complessità di cui parliamo da sola non può stare in un apriori, cioè essa è più grande dell'a priori, ma questo vuol dire che per la prima volta l'apriori deve fare spazio all'autonomia intellettuale del medico cioè deve fare spazio ad un pensiero di tipo discrezionale.

Oggi il medico o l'operatore che dir si voglia per ragioni di complessità e soprattutto per il bene del malato (per essere maggiormente adeguato non appropriato al malato) deve integrare l'apriori che usa, con una conoscenza aggiuntiva che solo lui sul posto può garantire.

Ma se questo è vero allora io dico che se la medicina è una scienza impareggiabile allora gli operatori della medicina per ragioni prima di tutto epistemiche e solo epistemiche sia chiaro, devono avere uno statuto giuridico impareggiabile. Questo statuto giuridico deve certo prescrivere al medico, come ha sempre fatto per secoli, cosa "deve fare" ma deve nello stesso tempo riconoscergli cosa "può fare", in certe circostanze e in certi casi naturalmente con le necessarie garanzie, perché nella vera complessità si naviga normalmente a vista. Per fare questo ci serve un medico formato alla complessità che ragionevolmente e responsabilmente sappia usare il pensiero discrezionale di cui il governo della complessità, necessita.

Oggi l'unico che a certe condizioni può garantire il governo della complessità in medicina è il medico.

La sfida politica, quindi è *La scienza impareggiabile*, la vera sfida del nostro tempo. Se la medicina non si impegna nei confronti di questa società ad essere impareggiabile cosa ci guadagna il malato?

13- Il Board

Condivido senza se e senza ma l'intenzione dell'ordine di Bologna di istituire un Board fatto da esperti competenti pensatori politici amministratori. Definire un intervento straordinario per la sanità o definire una quarta riforma o definire la salute come una ricchezza del paese, non sono proprio delle passeggiate. Ma riformare in sanità se davvero la si volesse riformare non è mai una passeggiata.

Una cosa è certa se la sanità non sarà rimodulata dalla politica quindi dal governo con un pensiero e una strategia di riforma per la sanità il futuro contingente è solo uno: la fine della sanità pubblica.

Bibliografia più recente in ordine cronologico. I. Cavicchi. L'evidenza scientifica in medicina. L'uso pragmatico della verità Nexus edizioni 2020; I. Cavicchi. La sinistra e la sanità Da Bindi a Speranza e in mezzo una pandemia Castelveccchi 2021; I. Cavicchi. La scienza impareggiabile medicina medici e malati

Castelvecchi 2022; I. Cavicchi. Oltre la 180 Castelvecchi 2022; I. Cavicchi sanità pubblica addio: Il cinismo delle incapacità Castelvecchi 2023.

Discussione e interventi preordinati

Lumia. Grazie prof. Cavicchi. Come sempre i suoi interventi affrontano a tutto campo la problematicità della situazione sanitaria e la ringraziamo per averci ricordato alcuni dei presupposti che inviterebbero a mettere mano alla riforma della medicina e ci ha ricordato ancora una volta la necessità di rivedere i paradigmi che l'hanno ispirata e come a suo avviso dovrebbero essere modificati. Ora iniziano gli interventi preordinati e mi pregio dare la parola all'assessore alle politiche alla salute della regione Emilia-Romagna che ringrazio per aver accettato di partecipare al nostro convegno. Prego assessore.

ASSESSORE RAFFAELE DONINI

Grazie per l'invito. Come spesso accade chi ricopre ruoli come il mio riceve sempre molte chiamate e si occupa di parecchie questioni nell'arco della stessa giornata, mi spiace se non sono riuscito ad ascoltare tutti gli interventi. Credo però di aver colto nelle varie relazioni degli aspetti molto interessanti. Condivido l'idea della collega Evangelisti, la politica deve cogliere tutte quelle opportunità derivanti da una discussione sul piano scientifico, tecnico, organizzativo per tracciare delle traiettorie di lavoro capaci di aiutare quelli che poi dovranno assumersi la responsabilità e prendere delle decisioni. Tutto quello che ho ascoltato, tutte le vostre osservazioni e segnalazioni possiamo certa mente inserirle all'interno degli "stati generali della salute e della comunità". Sappiamo tutti che ovunque vi sia un bisogno di salute vi è la possibilità che si inneschi una fragilità di tipo sociale. Penso al tema delle demenze, a quanto queste impattino le famiglie e le comunità. Dai dati che ho visto stamattina posso anche dire che laddove vi sia una fragilità sociale ci sarà certamente bisogno anche di un bisogno di salute da soddisfare in prospettiva. Dobbiamo tenere conto di tutto questo. Noi abbiamo proposto questa riflessione che è ancora in atto, non è chiusa e nemmeno ermetica. Noi credo si stia vivendo un paradosso. Io comprendo la polemica politica ma io ritengo che in questo periodo la sanità dovrebbe diventare un collante. Tutti indichiamo gli stessi problemi, tutti solleviamo le medesime preoccupazioni. La prima è quella della sostenibilità finanziaria del SSN che non riesce più a sostentarsi coi numeri attuali. È colpa del governo Meloni? Certamente no, ma sta a questo governo ora decidere dove andare. Io rappresento la commissione nazionale salute di tutte le regioni e abbiamo chiesto tutte assieme di incontrare il ministro Schillaci e Giorgetti proprio per lanciare questo allarme. È adesso che chi ci governa deve prendersi la responsabilità di mettere la salute al primo posto. Sappiamo che lo stato non è un bancomat e di certo le regioni non possono mettersi a stampare moneta. Mettiamoci insieme attorno a un tavolo per capire dove sia o non sia possibile aumentare le risorse, e laddove non sia possibile mettere in campo degli strumenti legislativi che consentano alle regioni di non ridurre i servizi. Noi è questo che chiediamo come regioni, noi non ci presentiamo solo con delle richieste ma proviamo anche a proporre quelle che secondo noi potrebbero essere soluzioni. Credo inoltre che questa sia una questione che andrebbe affrontata e risolta entro il primo trimestre di questo 2023. Quindi allarme rosso da parte di tutte le regioni, mettiamoci attorno a un tavolo e smettiamola di rimbaltarci addosso le responsabilità, lavoriamo assieme consapevoli che le azioni debbono essere compiute da chi ora siede ai banchi del governo. Altro tema è la programmazione totalmente inadeguata con cui arriviamo alla questione delle professioni sanitarie. In questi anni qualcosa si è fatto per ridurre l'imbutto formativo e aumentare i corsi di specializzazione, aumentare la disponibilità delle figure professionali fino anche agli psicologi, ciononostante sappiamo che servirà qualche anno per sistemare tutte queste cose. Che lo si voglia o meno una fase di transizione ci sarà e non può essere evitata, anche continuando a seminare nella direzione giusta. Durante questa fase sarà necessario introdurre delle innovazioni di sistema e noi ne abbiamo individuate alcune. Non ho la pretesa di esporre tutto ora, ne parleremo più avanti approfonditamente, ma la prima idea ha certamente a che fare con il livello di stress e di pressione insostenibile delle strutture di emergenza-urgenza. Andando a vedere i dati la gran parte delle prestazioni dei PS potrebbero essere intercettate nell'ambito territoriale, che non dovrebbero collocarsi in una struttura di emergenza. Migliorare questa rete e riorganizzare la presa in carico di quelle situazioni

urgenti per un cittadino, ma non certamente a rischio vita, è uno dei punti. Mettendo insieme una riorganizzazione del lavoro dei medici di medicina generale, rivedendo il ruolo e la valorizzazione della continuità assistenziale e altre cose io credo che si possa dare una risposta. Noi abbiamo fatto un accordo coi medici, un accordo su cui c'è ancora da lavorare certamente, che va migliorato, ma siamo stati i primi nel paese credo a proporre una cosa simile. Questo accordo non è solamente "far salire il livello di assistiti a 1800 per ogni medico", ma assegna a chi sta intraprendendo la specializzazione la possibilità di avere degli assistiti a sua volta, ovviamente sotto il tutoraggio di medici più esperti. L'accordo fornisce anche garanzie su una riduzione del carico burocratico e amministrativo in modo che il medico possa fare il medico e non la segretaria. Su questo io voglio essere chiaro: sfidiamoci pure, politicamente parlando. Io mi attendo proposte coraggiose e aggressive circa la riduzione della burocrazia e gli altri adempimenti. È più facile a dirsi che a farsi, ma questa è una urgenza e non c'è tempo da perdere. Noi abbiamo fatto questo accordo che io ritengo un buon accordo. Come tutte le cose da teoria deve divenire pratica e dobbiamo essere tutti all'altezza di questo compito. Ci sarà da affrontare tutto il tema della continuità assistenziale che ad oggi è collocata in ambiti che non le permettono di essere efficiente e valorizzata. Ci sono statistiche che parlano chiaramente di questo. L'istituzione di una centrale 116 o 117 per l'assistenza ai problemi di salute di media o bassa gravità potrebbe sgravare da un po' di compiti e fornire respiro, permettere ai medici di rimanere collocati dove serve e non al telefono. Altra cosa da fare sarà riuscire a far convivere il Dm 77 con la riorganizzazione ospedaliera. Ad oggi non tutti gli ospedali possono fare tutto, è necessario studiare delle missioni ospedaliere per gli ospedali di prossimità e fare in modo che un cittadino abbia sul territorio la risposta alla maggior parte dei suoi problemi di salute. Infine, il tema della governance. Io non arrivo a dire che si debbano mettere in discussione le aziende sanitarie locali che, per quello che mi riguarda qui in Emilia-Romagna hanno funzionato. Il tema è piuttosto capire quale sia il loro livello di adeguatezza, trovare un punto di incontro e unificazione tra le aziende ospedaliere territoriali e quelle universitarie. Concependo l'università non come un sistema chiuso, ma come un coacervo di scienze e di saperi che possano e siano in grado di cogliere le opportunità del territorio. Al momento abbiamo diversi progetti territorialmente condivisi che stanno procedendo e aspettano la riforma della 502. I dati portati nell'intervento iniziale dal Dott. Cartabellotta ci pongono come regione al centro di questa trasformazione, l'Emilia-Romagna è quella che prima del covid aveva i livelli più alti nei livelli LEA. Anche io sono d'accordo sul non parlare di questi dati solo in chiave prestazionale, ma cercare al loro interno il livello qualitativo. Non ho i dati in mano ma non ho ragione per credere che la situazione dopo la pandemia ci veda stravolti in questa analisi delle performance. Tutto questo lo dobbiamo alla struttura organizzativa certo, ma in modo ancora maggiore ai professionisti della sanità, ai medici che si sono messi a disposizione e hanno permesso di affrontare questa pandemia. Sappiamo che non viviamo su Marte, sappiamo di avere gli stessi problemi di tutti gli altri in termini di sostenibilità finanziaria e di personale. Io penso che la sanità non dovrebbe entrare nelle autonomie differenziali. Il problema italiano è che non tutte le aree hanno creato sistemi che permettano di trattenere i propri cittadini nell'ambito delle cure mediche di cui essi hanno bisogno. Se il 70% di tutte le persone che si spostano per motivi sanitari si recano in Emilia-Romagna, in Veneto o in Lombardia significa che c'è un tema da discutere su come standardizzare il diritto alla salute. Sento giustamente parlare della necessità di una medicina di prossimità qui nella nostra regione, cittadini che per qualche esame diagnostico invece che sotto casa siano costretti a spostarsi per 30 o più chilometri. È un tema giusto, ma pensiamo a tutte quelle migliaia di persone che invece sono costrette a un migliaio di chilometri. Questo è un problema che il nostro stato deve finalmente decidere di affrontare, senza la pretesa di risolverlo in un anno ovviamente. Il covid è stato l'11 settembre della sanità, una devastazione per il SSN. Ci sono macerie da rimuovere ma bisogna iniziare a farlo. Io credo sia arrivato il momento di decidere se investire nella cura o nella malattia. Grazie a tutti.

Bagnoli. Grazie molte assessore per il suo intervento e per aver sollecitato, quale coordinatore degli assessori regionali, ad una maggiore investimento nel SSN. La parola ora al Consigliere Regionale Giuseppe Paruolo. Prego Consigliere.

GIUSEPPE PARUOLO

Grazie molte per l'invito. Questo evento ha fornito moltissimi spunti di riflessione ed io, nel mio piccolo, vorrei dire due cose da quello che è il mio punto di vista. Io non sono un medico, ciononostante mi occupo di sanità da ormai vent'anni. Sono un matematico e quindi ho la tendenza ad avere un approccio più basato sulla logica che su altri aspetti. La prima cosa che vorrei dire è che ritengo il SSN vada difeso con le unghie e con i denti. La seconda cosa invece è più articolata e sfocia poi in una domanda. Io vorrei davvero capire e comprendere cosa noi si possa fare per migliorare il SSN in Emilia-Romagna. Mi chiedo poi come sia possibile una simile differenza tra regioni. Noi viviamo un'area in cui vediamo le LEA raggiungere livelli di relativa eccellenza, ben oltre il 90%, ma deve essere il punto di partenza, da qui dobbiamo migliorarci ulteriormente e capire come far sì che anche le altre regioni possano riuscirci. Io ritengo che la difesa del SSN possa essere fatta in due modi, difensivo e offensivo. Chiedere più fondi è certamente legittimo, un approccio difensivo, ma dagli interventi che abbiamo ascoltato sappiamo anche che dobbiamo utilizzarne uno offensivo, giocando all'attacco, aggredendo per tempo i rischi e i problemi ben visibili all'orizzonte. I soldi non possono da soli risolvere tutte le nostre questioni aperte, questo lo abbiamo capito, serve una differente organizzazione. Necessitiamo di cambiamenti profondi e tali cambiamenti possiamo desumerli solamente grazie ad una attenta osservazione anticipata. Voglio evitare di portare come esempio l'attuale carenza di personale i cui tentativi di farne un dialogo dieci o quindici anni fa caddero regolarmente nel vuoto. La realtà attuale è molto dura. Parlerò invece di un dato già introdotto dal Dott. Bagnoli, quello sulla crescita della popolazione anziana. Abbiamo assolutamente necessità di creare diverse modalità di lavoro e di superare numerosi concetti. L'assistenza domiciliare, ad esempio, diventerà assai più complessa, i numeri che abbiamo visto avranno bisogno di nuove strategie poiché quelle attuali non funzionano più. Dovremmo chiederci come integrare i professionisti con i volontari ad esempio. Se riuscissimo a mettere a fuoco le emergenze del futuro sarebbe poi più facile convergere tutti assieme su delle soluzioni comuni. Parlando dell'innovazione digitale io credo sia una ottima cosa, può darci molto ma solo se l'approccio non sarà prettamente gerarchico. Si sta parlando ora di fare una ASL unica che comprenda l'ospedale Sant'Orsola, il Rizzoli, la ASL di Imola, ma questo non può essere l'unico dibattito sul tavolo che ci permetta di fare delle cose assieme. Quando sono stato assessore alla sanità ci misi tre anni a convincere le varie aziende sanitarie a creare un unico portale della sanità bolognese. Era stato fatto affinché i cittadini potessero trovare i migliori professionisti e perché questi avessero una visibilità agli occhi dei cittadini, indipendentemente dalla azienda sanitaria di riferimento. Assieme a Roberto Ragazzi riuscimmo a lanciare il portale nel 2009 ma al primo avvicendamento politico utile finì in disuso. Le ASL hanno iniziato nuovamente a fare tutto per conto loro. Io credo si possa e si debba fare diversamente, credo che sia compito della politica offrire obiettivi sfidanti. L'informatica deve rendersi utile e non essere un nuovo problema da affrontare. Per concludere due parole sul tema della privacy. Ormai tutto questo meccanismo funziona come un vincolo, diamo sempre colpa alla privacy per tutto. A causa della privacy, o almeno così ci viene raccontato, un medico non riesce a controllare i valori degli esami eseguiti in una differente struttura. Pensate, ad esempio, ad un paziente che giunge in pronto soccorso in stato di incoscienza, pensate a quanto bisogno avrebbero i suoi medici di ottenere tutti i dati e gli esami a lui correlati. La privacy così com'è è solo un aggravio burocratico che ci impedisce di fare cose. Sono grato a tutte le sollecitazioni che ci sono state fornite oggi, tutto questo ci aiuta a capire in quale direzione andare per migliorare nonostante il nostro punto di partenza in regione sia uno di quelli più alti. Capire come esportare le cose buone e che funzionano della nostra regione alle altre sarà altrettanto importante. Grazie a tutti.

Lumia. Grazie Consigliere Paruolo. Pregherei ora il dott. Guido Quici di prendere la parola. Il dott. Quici è il presidente nazionale della CIMO-FESMED, e quindi anche il mio presidente, uno fra i maggiori sindacati dei medici dirigenti del SSN. Prego dott. Quici

DOTT. GUIDO QUICI

Grazie a tutti. Il rischio arrivati a questo punto e visti i molti interventi è quello di ripetere quanto già esposto dai miei colleghi. Il Tema di oggi è ampio, vasto, ricco di spunti di riflessioni. Decido di partire ponendomi a questo punto una domanda: il SSN è un asset di primaria importanza? A questo punto, aggiungendo alla mia esperienza tutte le esperienze e le informazioni che ho recepito direi di no. L'SSN non è un asset importante. Negli ultimi anni, da troppo tempo, la sanità e l'educazione sono state relegate in

coda nella lunga lista delle priorità della politica. L' involuzione del nostro paese in tali settori è evidente, innegabile e sotto gli occhi di tutti. Col piano sanitario del 2011 ad esempio si sono tagliate, riferendomi agli standard, il 48% delle strutture, sia quelle definite complesse che le semplici. Questo ha portato ad un appiattimento generale delle possibilità di carriera di un medico, ad oggi solo il 16% riesce a concretizzare le proprie possibilità di carriera all'interno del SSN. I medici vengono inoltre sottopagati, ricevono un elevato numero di avvisi di garanzia, sono a rischio aggressioni...ma chi glielo fa fare a questi professionisti di continuare così all'interno del SSN? Il taglio delle strutture complesse è il taglio di una linea produttiva, un reparto si trasforma in un day hospital, un day hospital diviene un ambulatorio. Alcune di queste strutture erano effettivamente non idonee ma i tagli possiamo dire siano stati decisamente eccessivi. Aggiungiamo a tutto questo il Dm 70 che è basato su strutture, volumi ed esiti. Per quanto riguarda le strutture oggi contiamo meno centri di pronto soccorso rispetto a dieci anni fa e una diminuzione di trentasette mila posti letto. Tutto questo ha ovviamente portato a un taglio delle prestazioni stesse. Io mi aspettavo che da un calo simile di ricoveri ordinari vi fosse un aumento di ricoveri in day hospital, e a cascata mi aspettavo un aumento delle prestazioni ambulatoriali. Questo non è avvenuto. I dati, tutti col segno meno, ci parlano di 1.300.000 ricoveri in meno negli ultimi dieci anni, 1.200.000 in day hospital e di 68.000.000 di prestazioni ambulatoriali mancanti all'appello. Si è in pratica tagliata l'offerta sanitaria. Giungendo come risultato ad una mancanza di cure o alla ricerca delle stesse in prestazioni esterne. A questo aggiungiamo anche la questione degli standard sul fabbisogno del personale. A me questi standard non convincono affatto. Il SSN ha un costo, infatti meno questo viene curato e più costa. Quando c'è meno offerta sanitaria c'è un aumento dei costi che non sono solo diretti, ma anche indiretti ed intangibili. Quante giornate di lavoro perse? Come cambia la nostra vita sociale? Prendiamo ad esempio la cefalea. Chi non si cura di cefalea ha una vita sociale spesso un po' repressa, senza molte possibilità. Perde moltissime giornate di lavoro ed ecco che si delinea la connessione tra sanità e finanza pubblica, una cosa che inevitabilmente è legata alla crescita economica del nostro paese. Il covid a questo proposito ci ha insegnato qualcosa, il settore del terziario è finito a contare fino a un milione e mezzo di occupati in meno, è avvenuto il fallimento di tantissime piccole e medie imprese, vi sono stati episodi di cannibalismo tra le varie strutture, tutto questo ci indica che se si ferma la sanità e non si curano i cittadini anche l'aspetto economico crollerà. E chi ci dice che questa pandemia sia stata realmente superata? Quando si parla di soldi, gran parte di questi ci servono per applicare vere riforme del servizio sanitario nazionale. Non si può fare una riforma del Dm 77 svincolata dal Dm 70, queste vanno fatte parallelamente, dialogando continuamente cosa che non accade. Mi chiedo dunque se c'è l'opportunità di fare qualcosa, e la risposta che mi do è che non ne sono convinto, mi verrebbe da dire che c'era, ma che forse l'abbiamo bruciata. Ora è arrivato il PNRR e tutti si stanno focalizzando sulla missione 6. Quindici miliardi di cui una metà per le nuove tecnologie e l'altra metà per la riforma del territorio. Per le nuove tecnologie, se parliamo di ammodernamento, io ci sto, approvo. Se parliamo di biotecnologie dico che è necessario, ma il rischio è quello solito, l'acquisto di TAC e risonanze magnetiche seguiti da una bella conferenza stampa in pompa magna e la chiusura della struttura di lì a breve per mancanza di risorse. È quindi possibile parlare di missione 6 dopo aver avuto il covid? È ancora possibile parlarne in questi termini? Il Covid ha causato un disastro economico, a questo disastro l'Europa ha risposto stanziando miliardi. Ma se parliamo di finanziamenti perché non parliamo anche di "one help"? Sono stati dimostrati tre aspetti di grande importanza: la salute XXX(Inudibile), la salute animale e tutta l'ecologia del sistema ambientale. Quindi come fa la missione 6 a non dialogare con la missione 1, quella che ha in carico tutta l'innovazione tecnologica? Come fa la missione 6 a non dialogare con la missione 2 che parla di ambiente? Come fa la missione 6 a non dialogare con la missione 4 che parla di istruzione e ricerca? E pure con la missione 5, ovvero tutta la questione sociale. Noi siamo abituati a ragionare a compartimenti stagni, ma noi queste barriere dobbiamo abatterle. Qui tra pubblico, privato, convenzionato non si capisce più niente, ognuno ha la sua idea e parla la propria lingua. Io come sindacato vorrei uscire dalla funzione pubblica e fare un contratto con regioni e ministero parallelamente a quello dei medici di medicina generale per far sì di avvicinare le anime, per poter parlare la stessa lingua. Dobbiamo iniziare a parlare di filiera della sanità, tutto deve partire dai bisogni di salute del cittadino che deve essere indirizzato dal medico di base che deve dirigerlo verso l'ospedale, verso le case di comunità o quant'altro. Però ci deve poi essere un ritorno, l'ospedale deve diventare una sorta di muro di gomma che dopo un certo periodo rimanda indietro il

paziente affinché venga seguito su un più lungo periodo. Il medico di medicina generale dovrebbe avere una correlazione più stretta coi medici di medicina ospedaliera, una cosa che sarebbe ottenibile grazie alle tecnologie. Purtroppo, queste nuove tecnologie sono innovazioni che però debbono essere partecipate dai protagonisti stessi. Siamo noi che dobbiamo cavalcare l'innovazione. Il fascicolo sanitario ad oggi ancora dorme, negli ospedali non abbiamo ancora la cartella clinica informatizzata ma non mancano le tecnologie. Il 5g è già arrivato e ci sta travolgendo mentre noi ci facciamo trovare completamente impreparati. Come diceva Ivan Cavicchi la riforma è necessaria e noi dobbiamo essere gli attori principali di questa riforma, dobbiamo dare il nostro contributo permettendo questa volta alla politica di fare delle scelte, mi auguro, più appropriate. Grazie

Bagnoli. Dopo una visione a livello nazionale della situazione del SSN in ambito ospedaliero è ora la volta di sentire il parere sugli aspetti territoriali relativi alla medicina convenzionata. Ha dunque la parola il dott. Silvestro Scotti, Segretario nazionale del maggior sindacato dei medici di medicina generale la FIMMG. Il dott. Scotti, pur avendo aderito a presenziare al convegno, ne è stato impedito per una convocazione a livello governativo dei sindacati medici. Il dott. Scotti è collegato con noi da remoto. Prego dott. Scotti. A lei la parola.

DOTT. SILVESTRO SCOTTI- INTERVENTO IN VIDEOCHIAMATA

Devo innanzitutto partire con le mie scuse al Presidente e all'Ordine di Bologna per non essere riuscito a partecipare in presenza all'evento ma oggi è stata convocata a Roma una Segreteria Nazionale della FIMMG per prendere le sue posizioni a pochi giorni dall'approvazione da parte del Comitato di settore dell'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale 2019-2021 della medicina generale, ora al vaglio del governo. Siamo arrivati a questa approvazione dopo aver sottolineato più volte alle regioni e al governo che, a fronte della ripartenza e della calendarizzazione della discussione contrattuale per i colleghi della dipendenza e la presenza di un Atto di indirizzo approvato per la specialistica ambulatoriale convenzionata, per la medicina generale non era stato neppure proposto dal Comitato di settore l'Atto di indirizzo necessario, dopo il passaggio governativo, all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'ACN.

Andiamo, come ormai sembra essere tradizione, verso la firma di un Accordo riferito ad un periodo ormai scaduto, questa volta da due anni. Una situazione paradossale, tutta italiana, e comunque poco coerente con la discussione che si fa nel paese rispetto alla possibilità di una evoluzione della medicina generale. La domanda più banale che chi ha un minimo di conoscenza delle dinamiche contrattuali si può fare è: come si fa all'interno di un contratto che amministrativamente è collegato a un triennio specifico - nel diritto amministrativo si dice "tempus regit acta" - a discutere dell'evoluzione di una medicina generale che non può non tenere conto di una legislazione coerente con quei tempi? Parliamo quindi di tutta la legislazione approvata nel 2022, quella riguardante la successiva evoluzione della medicina territoriale, ma anche della valorizzazione dei fondi previsti appunto a partire dal 2022.

La domanda di oggi diventa quindi: come si può discutere dell'evoluzione della medicina generale definita da PNRR e atti collegati, e tra questi quelli finanziari ed economici di programmazione dei fondi fino al 2026, e avere azione giuridica ed amministrativa riferita al triennio precedente?

Credo che l'atteggiamento più corretto sia chiudere in fretta l'ACN 2019-2021, permettere ai medici di recuperare le quote economiche e riconfermare, nel modello che noi riteniamo più adeguato che è quello dell'auto organizzazione medica, alcune necessità assistenziali in coerenza con la normativa vigente nel triennio di riferimento che rimane collegata alla legge Balduzzi che, molti sembrano dimenticare, definisce la programmazione della nostra discussione contrattuale.

Che il servizio sanitario nazionale, tema di questo Convegno, sia un asset importante è assolutamente chiaro. Recentemente ho preso parte ad un convegno in cui sono stati presentati i risultati di un sondaggio condotto da Ipsos. I risultati del sondaggio hanno visto la salute al primo posto tra le priorità su cui investire più urgentemente, più del lavoro e più del costo dell'energia, che rimangono comunque a valori piuttosto elevati. Il Covid ha portato il tema salute al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica e sarebbe bene che la stessa cosa accadesse per la politica. Personalmente credo che la discussione sulla salute sia diventata una discussione troppo funzionariale e che si debba riportare la salute al servizio sanitario nazionale, riferibile al consenso dei cittadini. La medicina generale è proprio una delle aree mediche che vive di consenso, il cittadino ci sceglie e mantiene la sua scelta. Oggi forse questo valore della medicina generale è messo in

difficoltà dalla carenza di medici, il cittadino si trova di fronte alla carenza e alla riduzione della scelta e quindi la percepisce sempre di meno. La possibilità di aumentare il numero di assistiti in carico ai medici, senza un'adeguata organizzazione, determinerà poi modelli di assistenza che possono avere un impatto sul piano fiduciario. La medicina generale non è solo parte scientifica, ma è anche fortemente collegata a un processo relazionale che ha bisogno di tempo. Non credo che un medico, rispetto all'assistenza al suo paziente, possa stabilire in minuti ed in ore il tempo che può dedicare ad un assistito. Il tempo medico non può essere calcolato in minuti ed in ore. Purtroppo, il meccanismo a cui si assiste da un po' di tempo, presente anche all'interno dell'Atto di indirizzo per il prossimo rinnovo convenzionale che pure cerca di qualificare come 38 ore il tempo pieno, è un meccanismo tipicamente del funzionariato, dell'amministrativo, di chi vuole la medicina amministrata.

Mi preoccupa molto il ragionamento sul passaggio dai livelli essenziali di assistenza ai livelli essenziali di prestazioni. Trasformare l'assistenza in una prestazione mi sa tanto di tecnocratico, non mi appare qualcosa di coerente con il modello relazionale. Come si fa a valorizzare in termini di prestazione l'attività di un medico di famiglia? In ore? In minuti di visita? Non credo che questa sia la possibilità migliore di offrire assistenza.

In occasione di un mio recente viaggio a Madrid, dove i medici di famiglia stanno manifestando tutti i mercoledì, ho avuto modo di parlare con questi colleghi spagnoli che hanno un contratto diverso dal nostro, un contratto più simile alla dipendenza (percepiscono un fisso molto alto e una quota capitaria di incentivazione sui pazienti di 0,50 centesimi ad assistito). Anche da loro c'è carenza di medici, anche da loro si registra una forte migrazione, lasciano la Spagna per andare in altri paesi. Ma rispetto a noi hanno uno svantaggio, hanno una immigrazione sanitaria che arriva dall'America Latina e che non ha alcun gap linguistico.

Nel parlare con i colleghi spagnoli ho capito come loro stessi siano il front office con i pazienti. Questo tipo di modelli che prevedono un aumento dei carichi di assistenza, in assenza di investimenti rispetto al professionista e alla struttura, determinano nel lungo periodo la chiusura delle strutture stesse. A Madrid sono state chiuse diverse Case della salute, mi risulta almeno quindici su sessanta e le restanti quarantacinque non garantiscono una presenza medica h24. Ebbene la mancanza del contatto diretto e della costruzione di un rapporto medico-paziente è un problema deontologico a mio avviso, un problema che va affrontato e va portato in una discussione che arrivi fino all'Europa. È mia intenzione creare un legame forte con la protesta che si sta portando avanti in Spagna ma anche in Francia dove si sta realizzando una protesta che abbraccerà tutta l'area medica. Per quanto riguarda i modelli privatistici dell'assistenza primaria proposti in paesi come l'Olanda, dove le practice sono essenzialmente a gestione di un soggetto commerciale, risulta che il governo abbia fatto partire un'inchiesta sulla società che gestisce l'offerta. Il senso di gradimento dei cittadini è sensibilmente diminuito, vi sono state molte proteste. Il soggetto commerciale risponde meno alle richieste dei cittadini e i tempi di attesa si sono allungati. Ci sembra quindi di poter dire che tutta la discussione fatta in Italia negli ultimi due anni sui modelli, sui ruoli giuridici non ha ragione di esistere. Se in questo paese, così come in tutta Europa, non si ricomincerà ad investire nuovamente sulla figura del medico le cose peggioreranno in modo esponenziale. Condivido appieno la posizione di Ivan Cavicchi quando anni fa definì la figura del "medico-autore". Io voglio continuare ad essere un autore, vorrei evitare di diventare quello che porta il giornale a casa dei cittadini.

Vi ringrazio per l'attenzione e spero di poter essere con voi alla prossima occasione.

Lumia. Grazie dott. Scotti per avere anche segnalato una ormai consolidata evenienza: quello della firma di contratti nazionali già scaduti come accade anche nel settore ospedaliero. Interviene ora l'On. Galeazzo Bignami, Viceministro alle Infrastrutture e che ringraziamo per essere riuscito a ritagliarsi del tempo anche per un breve intervento al nostro convegno. Prego Onorevole.

ONOREVOLE GALEAZZO BIGNAMI

Io mi limito solo ad un saluto in quanto presenti in sala vi sono degli esponenti di Fratelli d'Italia come Marta Evangelisti, capogruppo qui in regione, che per competenza di materia avrà modo non solo di intervenire ma anche di relazionare. I temi affrontati ed esposti dal Dott. Cartabellotta sono temi centrali. Tra i dati che ho visto nutro particolare interesse per quelli relativi agli sprechi ed alle inefficienze, vorrei capire meglio come siano stati spesi i soldi fino ad oggi. Venendo qui oggi leggevo la notizia in cui si è presa la decisione di assumere Magrini dall'AUSL per una cifra attorno ai 750.000 euro spalmati in cinque anni, e poi sento in giro dire che non si trovano i fondi per l'acquisto di una auto medica. Parlerò con l'amico Giuseppe Paruolo con cui avrò modo di chiarire la cosa. Ma ci sono anche altre spese che adesso non sto qui a citare che andrebbero approfondite. Non condivido troppo la visione un po' profetizzante che è stata fornita sino ad ora, ma è una valutazione di merito la mia e non di altro tipo. Ritengo che l'effettiva declinazione della riforma in materia di economia andrà valutata con i Dpcm una volta che questi saranno stati scritti, senza questo si rischia di giungere a una censura non sui meriti e non sui contenuti. Non ritengo altresì che le risorse derivanti dal PNRR siano sufficienti in quanto la missione 6 è l'ultima in termini di finanziamento. Ricordo un bellissimo colloquio che ebbi col Prof. Ambrosioni in cui si parlava di come la spesa sulla pandemia sarebbe stata enormemente inferiore se solo fossimo stati in rado di approntare una capacità di preparazione e di risposta così come la regolamentazione sanitaria internazionale prevedeva. Ricordiamoci la decisione 1082 del 2013. Questa ci dice che probabilmente abbiamo speso molto più di quanto avremmo potuto spendere se avessimo avuto gli strumenti di risposta adeguati rispetto all'emergenza pandemica che si è delineata. La Germania in questo ci ha dato un esempio, hanno avuto un impatto sia in termini di spesa sia in termini di vite umane assai inferiore e i dati portati dal Dott. Cartabellotta. Quei dati parlano. Mi piacerebbe fare un esame proprio circa il Lazio e la Lombardia. Il Lazio è appena uscito da un lungo periodo di gestione sanitaria mentre la Lombardia è un esempio di quella integrazione tra pubblico e privato su cui credo andrebbe fatto un convegno ad hoc. Io ho una idea di sanità in cui il pubblico è prevalente rispetto al privato, ma questa è una mia impostazione e magari avremo modo di parlarne in futuro. Mi scuso ancora per non poter presenziare a tutto il convegno ma pressanti impegni sovrapposti mi chiamano altrove. Grazie davvero dell'invito e buon lavoro a tutti voi.

Bagnoli. Grazie onorevole Bignami per aver speso parte del suo prezioso tempo per la nostra riunione. Ha ora la parola la Consigliera Regionale Avv. Marta Evangelisti. Prego Consigliera.

MARTA EVANGELISTI

Buongiorno a tutti, sono membro della commissione sanità dell'Emilia-Romagna ma prima ancora sono consigliere regionale. Anche io non sono un medico, sono un avvocato e mi occupo di sanità alla bisogna da tanto tempo. Sono un amministratore che vive in montagna, un luogo dove non è facile vivere ma in cui è facile morire. Dico questo per dare una risposta ai molti cittadini che ci chiedono il perché di alcune situazioni. Mi sono imbattuta l'altro giorno in un signore anziano, di ottantaquattro anni, residente in un paesino di montagna che sarà costretto per effettuare un percorso pre-ospedaliero a presentarsi all'ospedale Maggiore di Bologna alle sette e quindici del mattino, a digiuno, dopo aver percorso ottanta chilometri di strada. Poi elettrocardiogramma, ecografia, visita con l'anestesista e una impegnativa in cui vi è sottolineato più volte come non si tratti di un ricovero in day hospital. Al termine di questo, da solo, con le sue gambe dovrà tornare al suo paese. Da solo. Questa problematica era stata sottolineata da qualcuno negli interventi precedenti, non tutte le situazioni sono uguali, ognuno ha problematiche differenti anche a seconda del suo nucleo familiare. Alcuni sono soli appunto. Voglio salutare il collega Paruolo che è in sala ma anche l'assessore Donini con cui mi confronto spesso sul tema della sanità, da situazioni opposte. Anche se spesso non mi trova d'accordo con le sue posizioni devo concedergli che ci mette sempre la faccia a differenza di altri. Farò tesoro dei molti contributi ricevuti questa mattina e tenterò di declinarli al meglio

nella mia attività di consigliere. Venendo al merito delle questioni a questo punto direi che è facile affermare che il SSN necessita di riforma, o come detto da qualcuno, di essere trasformato. È sotto gli occhi di tutti, l'esempio che ho portato ne è una prova. Io ora sono all'opposizione in una regione che fa della sanità uno dei suoi cavalli di battaglia, ma sono anche una rappresentante di fratelli d'Italia, ovvero il partito di governo che guida la nazione. Il vero tema per quelli nella mia posizione è capire da un lato che tipo di riforma sia necessaria, dall'altro fare i conti col fatto che il PNRR ha 20 miliardi per fare questo. Non sono pochi, non possono passare inosservati. In questo paese abbiamo avuto la riforma Amato del 1992 che ha introdotto le aziende sanitarie, quella Bindi del 1999, e poi si è arrivati ai giorni nostri con Speranza che per la nostra visione politica non è certo stato il migliore dei ministri. Ai tavoli lo abbiamo detto più volte, a nostro avviso sia Amato che Bindi hanno eroso quello che era il disegno originale del SSN del 1978. Ieri sera chiacchierando con dei medici si parlava di quel testo, mi dicevano quanto fosse bello leggerlo. Ecco, io ritengo che anche in una riforma sia necessario mantenere ciò che di buono già c'è. Parlo di diritto alla salute, un diritto inalienabile del cittadino. La riforma del 1992 fissò anche i criteri aziendalistici per l'erogazione dei servizi sanitari, quella del '99 reintrodusse i fondi integrativi. Qualcuno ritiene Rosy Bindi un baluardo, noi no, per noi è il contrario. Arriviamo ad oggi con un debito pubblico elevatissimo e una pandemia che speriamo se ne sia andata. I soldi del PNRR daranno una mano, ma bisogna capire se i soldi basteranno. In una regione già largamente privatizzata si capirà se questi fondi saranno sufficienti a restituire la sanità al pubblico. Noi come fratelli d'Italia affermiamo che la sanità sia un investimento da mettere in pratica, che vada fermato un processo di privatizzazione che già è in atto. Il privato deve essere complementare e non sostitutivo. Oggi al ministero della sanità non vi è il ministro Schillaci, un medico, un tecnico con una influenza politica delineata. Auspichiamo a un cambiamento, con una diversa visione e un ritorno verso il pubblico ispirato ai principi di cura e di tutela della salute. A nostro avviso è necessario ripensare il concetto di territorio, se ne parla spesso ad ogni livello istituzionale. È un concetto che è stato svuotato. Anche con l'assessore Donini ne abbiamo parlato più volte, noi non riteniamo che le case della salute saranno in grado di risolvere i problemi dell'assistenza sui territori. Cosa dobbiamo fare quindi? Tutelare il diritto alla salute, ma non come è stato fatto da una certa classe politica di sinistra che governa questa regione da settant'anni. Noi come destra non abbiamo in questo paese una storia di politiche sanitarie, partiamo da zero, partiamo dai principi della costituzione, dai nostri valori di giustizia sociale, da quello che siamo. Abbiamo una tradizione conservatrice, è vero, ma non significa essere incapaci di rivelarsi trasformatori. Cosa dovrebbe fare quindi il ministro Schillaci? Dovrebbe raccogliere la proposta di questo convegno, istituire un gruppo tecnico di lavoro che sappia analizzare ciò che ha funzionato e cosa no. La politica tiene in mano la vita delle persone, il ministro deve diventare la voce di quelle persone che debbono essere protette, lo deve fare tenendo conto delle risorse che vi sono. Lo dico con una battuta, Giorgia Meloni non è la fata turchina ed il ministro Schillaci non è Harry Potter. Si farà con quello a nostra disposizione il meglio possibile. Servirà una visione. Noi non possiamo sapere tutto, dovremo essere aiutati nel costruire un progetto. Voglio, come sono solita fare, farmi promotrice della vostra voce. Porterò personalmente le vostre parole e le vostre richieste ai nostri onorevoli eletti in parlamento affinché si possa aprire in tempi brevi un intenso dialogo col ministero. Grazie.

Bagnoli. Grazie Consigliera Evangelisti anche della proposta di un Board di cui si farà carico a livelli superiori. Ci auguriamo che possa venire accolta perché crediamo sia molto importante. Pregherei ora la Senatrice Elisa Pirro del Movimento 5stelle e componente della Decima Commissione del Senato. Prego senatrice.

SENATRICE ELISA PIRRO

Grazie per l'invito. Per chi non mi conoscesse faccio parte del movimento 5 stelle e sono in "commissione affari sociali e sanità" del senato. Torno a casa con tanti spunti, dopo avervi ascoltato debbo dire che forse stavamo già lavorando nella giusta direzione. Ho sentito parlare il Prof. Cavicchi che diceva quanta necessità vi sia di produrre più salute. Io al mio posto mi stavo chiedendo come si potesse fare questa cosa. La risposta io credo comprenda anche la parola "prevenzione", la prevenzione che non deve provenire solamente dal SSN. Leggevo uno studio in cui si menzionava come negli stati uniti il togliere il piombo dalle benzine abbia portato a un guadagno quantificabile in 3000 miliardi di dollari. Oltre alla prevenzione mi

viene in mente la parola “definanziamento”. Eravamo arrivati al 7% del PIL e ora stiamo nuovamente scendendo quando la media europea è oltre l’8%. Dobbiamo certamente avere una nuova gestione di questi soldi, utilizzarsi diversamente e meglio, ma comunque ne servono di più. Se in Germania si spendono in media 6000 euro a cittadino e in Italia appena 2000 credo ci si debba porre qualche domanda. Tetti di spesa al personale, salari bassi, i mali della nostra sanità li conosciamo ed io spero anche da una posizione come la mia, che mi vede all’opposizione, di riuscire a collaborare con chi ci governa in modo proficuo. Si è parlato più volte oggi del rapporto tra la sanità pubblica e quella privata, a proposito di questo cito un articolo apparso sul Lancet che analizza come in Gran Bretagna per ogni punto in più (di Pil?) speso verso la sanità privata si sia guadagnato uno 0,38% in più del tasso di mortalità. Quello che credo sia necessario fare è una analisi di quali siano i bisogni di salute dei nostri cittadini. Le voci di entrata e di uscita di un bilancio dovrebbero cambiare a questo punto, dobbiamo inserirvi di cosa vi sia necessità, come fornire una risposta e valutare poi l’efficacia della risposta. Spero che la direzione sia questa. Grazie per l’attenzione.

Lumia. Il Prof. Cavicchi ha chiesto la parola per un breve commento sull’intervento dell’Assessore Donini. Prego Professore.

IVAN CAVICCHI

Siamo a conclusione di questa giornata ma mi piacerebbe dire un’ultima cosa. Da quanto è emerso sembra che questa giornata sia stata propedeutica alla nascita di un forum, un Board di esperti, una cosa molto importante quindi. Io vorrei rivolgermi ora all’assessore Donini che ha fatto un intervento che personalmente ho trovato molto interessante. Col suo permesso lo sintetizzerei così: a invarianza di sistema è possibile aggiustare molte cose. Io ritengo invece che in una invarianza di sistema non sarà possibile aggiustare le principali e più importanti contraddizioni del SSN. Da quello che so lei appartiene al partito democratico, un partito che in questi giorni vive una seria discussione. Io mi auguro che in questa discussione si trovi spazio anche per parlare delle controriforme che hanno caratterizzato la sanità negli anni 90’. Io non credo proprio sarà possibile riorganizzare senza prima aver riparato alcuni dei danni causati da quelle controriforme. La contraddizione pubblico-privato, al di là delle proprie ideologie, è una contraddizione davvero seria. Lì è necessario mettere le mani, e per mettere le mani in quella contraddizione si rende necessario un freno alla privatizzazione. La sanità pubblica deve divenire sostenibile senza la necessità di privatizzarla. Io su questo insisto. Nel 1978 si è proceduto alla nazionalizzazione della sanità ed io vi assicuro che la sanità pubblica, che al contrario di quella privata produce diritto, produce anche più salute. Il privato persegue il profitto ed è una cosa su cui intervenire. Grazie

Lumia. Grazie professore. Darei ora la parola al dott. Pizza che è stato a lungo presidente del nostro Ordine ed ora ne ricopre la carica di Vicepresidente del Consiglio Direttivo. Il dott. Pizza, in uno con il dott. Bagnoli, è stato uno strenuo sostenitore di questo convegno e propugnatore anche della necessità di istituzione di Board di esperti che possa dare suggerimenti concreti al Governo centrale. Prego Giancarlo a te un intervento conclusivo.

DOTT. GIANCARLO PIZZA

Grazie Salvatore. Mi guarderò bene dal trarre conclusioni definitive di questo interessantissimo convegno: le conclusioni saranno un qualcosa in divenire. Voglio però sentitamente ringraziare tutti i Relatori per i loro corposi interventi e tutti i presenti per la loro pazienza: so che stare seduti per quattro ore di seguito non è una cosa semplice. Sono molto contento che la proposta di costituire un **Board** di esperti che verrà portata all’attenzione del ministero dalla Consigliera Marta Evangelisti sia nata qui, all’ordine di Bologna. In considerazione del fatto che questa proposta qui nasce, e che qui si possono trovare esperti come Cartabellota, Cavicchi, Zamagni e Pieralli, io mi auguro che questo Board venga costituito il prima possibile e che il primo teatro delle sue prime discussioni possa essere proprio la nostra sede di Bologna. Qui ci sono personalità capaci, perfettamente in grado di portare contributi e idee importanti che arricchirebbero il dibattito. Non ho altro da dire se non che a nome del presidente Bagnoli e del presidente Lumia voglio ringraziare nuovamente tutti voi. Grazie