

# Monica Canalis

Aprire Strade

## SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE INTRODOTTO DA TINA ANSELMI

Deborah Severini · Monday, May 13th, 2024

13.5.2024

### SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE INTRODOTTO DA TINA ANSELMI

La sanità è un diritto fondamentale, sancito dall'articolo 32 della Costituzione: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”

La nostra Repubblica ha dato attuazione a questo articolo della Costituzione varando nel 1978 la legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a firma della ministra Tina Anselmi.

La sanità ha visto come protagonisti molti ministri Popolari: non solo Anselmi, ma anche Donat-Cattin, Garavaglia, Bindi, Balduzzi, Lorenzin. Un tema quindi che sta al centro della nostra visione e delle nostre priorità. La sanità è un settore di grande responsabilità politica, perché tutela uno dei diritti più importanti e può agire in profondità sulle disuguaglianze.

La caratteristica qualificante del modello italiano è sempre stato il criterio universalistico. I sistemi universalistici non si limitano a curare, ma puntano a “produrre salute”, guadagnano dalla condizione di salute dei cittadini (a differenza dei sistemi assicurativi e dei fondi integrativi che guadagnano dalle malattie), intesa come benessere della persona e non solo come assenza della malattia. Per questo investono sulla prevenzione.

Il SSN italiano era considerato il migliore al mondo fino all'inizio degli anni '90, quando la riforma De Lorenzo diede inizio ad un rapido declino. Oggi le principali criticità riguardano:

- Il definanziamento (nel 2024 lo Stato italiano investe solamente il 6,2% del suo PIL per la sanità, a fronte di investimenti ben maggiori di Francia e Germania)
- Gli errori nella programmazione della formazione del personale sanitario che hanno condotto all'attuale “imbuto formativo”, per i medici (si è sbagliata la programmazione per le diverse specialità) e ancor più per gli infermieri
- La bassa retribuzione del personale sanitario
- La debolezza della medicina territoriale rispetto a quella ospedaliera, emersa in tutta la sua evidenza durante la pandemia. Medicina territoriale significa medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (per i quali va presa in considerazione un'assunzione diretta nel SSN),

RSA e domiciliarità, ambulatori territoriali, consultori familiari, serd per le dipendenze, centri di salute mentale e via dicendo

- L'abbandono e la carenza di cure per centinaia di migliaia di persone non autosufficienti, con un'inadeguata presenza di cure domiciliari
- La torsione del SSN da "produttore di salute" a "produttore di prestazioni"
- Le forti differenze tra i ventuno modelli sanitari regionali italiani
- Il rapporto tra il pubblico e il privato profit
- La scarsa integrazione socio-sanitaria

Per quanto concerne il Piemonte, è sotto gli occhi di tutti il deterioramento dei nostri servizi sanitari, nonostante le buone pratiche avviate in passato come le case della salute. Dall'insediamento della Giunta Cirio nel 2019, la sanità pubblica piemontese ha perso 772 medici e 743 infermieri (si tratta di un saldo tra le assunzioni da un lato e i pensionamenti e le migrazioni all'estero o nel privato dall'altro), non è stato costruito neanche un nuovo ospedale e le lunghe liste d'attesa per visite ed esami hanno portato un piemontese su dieci ad abbandonare le cure. Nel 2017 il Piemonte era la prima Regione italiana nella classifica ministeriale di erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, che misurano i parametri qualitativi degli ospedali, dei distretti territoriali e della prevenzione), mentre nel 2021 era settimo. Un peggioramento drammatico, pagato dai cittadini piemontesi sulla loro pelle.

Anche in Piemonte si è dato uno spazio crescente al privato profit. Ferma restando la necessità di una positiva interazione tra pubblico e privato, occorre evitare di sbilanciarsi eccessivamente sulla sanità privata, che non è accessibile a tutti, non lavora sulla prevenzione e sulle prestazioni più rare e meno remunerative. La pandemia ha dimostrato che bisogna puntare sulla saturazione della capacità produttiva pubblica sottoutilizzata, per evitare sovrapposizioni col privato a discapito del pubblico. All'interno di un forte e potenziato servizio sanitario pubblico è riconosciuto il ruolo della sanità privata che opera secondo le indicazioni e le richieste del soggetto pubblico. Occorre che sia l'ente pubblico, in quanto soggetto regolatore, a decidere quali attività di cura e diagnostica il privato debba fare, riconoscendo d'altro canto al privato un ruolo sussidiario in quegli ambiti in cui il pubblico non riesca a coprire la domanda di salute dei cittadini, in particolare sui servizi standardizzati e laddove la capacità produttiva pubblica sia giunta a saturazione.

Altri punti cardine sono:

- il rapporto ospedale e territorio, attraverso una maggiore strategia integrativa di collaborazione tra Medici di Medicina Generale, 118, specialisti territoriali ed ospedalieri;
- la centralità dell'assistenza domiciliare che presuppone un investimento importante sulla riorganizzazione della medicina territoriale, per concentrarsi sulla prevenzione, ridurre in modo significativo i ricoveri e garantire una più efficace presa in carico del paziente
- la riqualificazione, la stabilizzazione e il potenziamento del personale medico, infermieristico e sanitario, con un piano assunzioni nazionale e un'attenzione particolare all'aumento del numero di borse di studio per specializzandi onde evitare il cosiddetto „imbuto formativo“ e la conseguente carenza di medici specialisti,
- l'aumento dei posti di rianimazione e terapia sub intensiva,
- il riconoscimento regionale e il ricorso effettivo all'attività di telemedicina, (non ci si può limitare a parlarne) e l'incremento dell'informatizzazione dei processi,

- il ripensamento della rete territoriale, con una riduzione delle prestazioni ospedaliere, il rafforzamento delle forme associative, il miglioramento della comunicazione e interazione tra cure ospedaliere e cure territoriali.
- la riforma delle Rsa e l’allocazione di risorse più ingenti sulla domiciliarità con il finanziamento e la definizione del Regolamento attuativo della Legge Regionale 10/2010 e l’estensione del modello di cura un tempo presente nella città di Torino al resto della Regione, oltre a un intervento normativo nazionale che riconosca finalmente l’esigibilità delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, nonché i relativi finanziamenti;
- l’attuazione e il finanziamento del piano cronicità regionale con un potenziamento delle cure primarie e il maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale
- l’incremento strutturale del Fondo Sanitario Nazionale, in linea con la media dei paesi europei più virtuosi

Soprattutto, i pazienti non devono diventare dei “clienti”, come invece sta accadendo sempre più spesso, con enormi conseguenze non solo sanitarie, ma anche sociali.

-----

In Piemonte, negli ultimi anni si è acceso un dibattito a tratti mistificatorio sul tema dell’aborto.

Va chiarito innanzitutto che nell’ordinamento italiano non esiste un “diritto all’aborto”, ma al tempo stesso l’aborto non è un reato.

La legge 194/1978, infatti, depenalizza la pratica dell’interruzione di gravidanza e la consente in alcune situazioni molto specifiche, non criminalizza la donna che abortisce, contrasta gli aborti clandestini, ma nel contempo circoscrive con precisione il diritto all’aborto ad una serie di casistiche (articolo 4 della legge), non sancendo pertanto un diritto naturale, ma anzi prevedendo misure per la rimozione delle cause dell’aborto (articolo 2).

Quello che è accaduto recentemente negli USA è un attacco alle donne perché, senza una copertura costituzionale federale sovra statale, si moltiplicheranno gli aborti clandestini negli stati privi di una legge o con una legge che vieta l’aborto. Gli Stati Uniti non hanno la nostra sanità pubblica e non hanno una legge federale sull’aborto: questo è il nodo, che espone soprattutto le donne più povere e sole alla piaga dell’aborto clandestino.

Su un tema così delicato e divisivo l’Italia ha fatto negli anni ’70 un lavoro di mediazione decisamente più avanzato rispetto a quello degli USA, arrivando a licenziare una legge, che contempera l’esigenza di contrastare gli aborti clandestini con il diritto di vita del nascituro.

In Italia, inoltre, abbiamo il DPR 396/2000 sul parto in anonimato, una misura ancora poco conosciuta, ma dal grande valore clinico e giuridico.

Nel 2022 la Giunta Cirio ha varato un nuovo fondo denominato “Vita nascente”, che mira a finanziare gli enti del terzo settore materno infantili accreditati con le ASL piemontesi.

Nel 2023 il fondo è **stato raddoppiato** fino a **1 milione di euro** per il sostegno ai **progetti di tutela materno-infantile rivolti alle donne in difficoltà economico-sociali**.

Sussiste una grossa contraddizione: mentre con questo fondo si finanziano gli enti di terzo settore, la Regione sta definanziando i consultori, ribaltando l'equilibrio tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore.

I consultori familiari devono avere il ruolo di regia per la prevenzione ed il soccorso alle donne. E' sbagliato finanziare il terzo settore se al contempo si taglia sulla Pubblica Amministrazione. Vale per il settore materno infantile, come per gli altri comparti delle politiche pubbliche.

La legge 405/1975 prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti. In Piemonte nel 2019 erano 1 ogni 36.247 abitanti. Troppo pochi. Eppure la Giunta Cirio sta continuando a chiuderli, come è accaduto recentemente nel quartiere Vallette di Torino.

Senza un potenziamento dei consultori, il fondo Vita Nascente rischia di essere strumentale, demagogico e limitato a una sparuta minoranza di donne e bambini, anche in considerazione dell'insufficienza e dell'estemporaneità delle risorse messe in campo.

La collaborazione con il Terzo settore no profit è consentita dalla legge 194/1978 (articolo 2) ed esiste in tutte le politiche pubbliche, dallo sport, alle politiche per gli anziani alla sanità ecc, ma il ruolo del terzo settore deve essere integrativo e non sostitutivo delle politiche istituzionali di welfare.

Stato e terzo settore devono collaborare in spirito di sussidiarietà e non di sostituzione. Per questo, l'iniziativa di Marrone appare demagogica e strumentale.

Le azioni per la tutela materno infantile e per la prevenzione dell'interruzione di gravidanza dovrebbero essere invece di tre tipi:

1. aiuto in denaro: c'è già grazie all'assegno unico, dal settimo mese di gestazione, ma andrebbe esteso alle donne straniere con meno di 2 anni di residenza in Italia.
2. servizi pubblici: potenziamento dei consultori e degli altri servizi per la famiglia
3. collaborazione col terzo settore: sarebbe necessario un regolamento più preciso per definire la collaborazione tra consultori e enti di terzo settore prevista dall'articolo 2d della legge 194/1978, che selezioni meglio gli enti con cui attivare una convezione (non tutti i centri aiuto alla vita, ad esempio, sono seri né sono tutti associati a Federvipa, la federazione presieduta da Marina Casini)

Infine ricordo che "Promozione vita", l'associazione torinese presieduta da Valter Boero, opera da molti anni dentro l'ospedale Mauriziano, e ha operato anche durante i mandati regionali di Bresso e Chiamparino. Dubito che la propaganda suscitata dalle dichiarazioni di Marrone stia giovando alla discrezione e alla riservatezza necessari a Promozione Vita e agli altri centri aiuto alla vita del Piemonte.

Monica Canalis, consigliera regionale PD, iscritta all'associazione Popolari del Piemonte

This entry was posted on Monday, May 13th, 2024 at 3:02 pm and is filed under  
You can follow any responses to this entry through the [Comments \(RSS\)](#) feed. Both comments and pings are currently closed.

