

GIORGIO VITTADINI

Professore di Statistica, Università di Milano-Bicocca
Presidente Fondazione per la Sussidiarietà

Indice

- ▶ Universalismo ed equità in pericolo
- ▶ La salute come bene comune
- ▶ I servizi sanitari come beni meritori
- ▶ Scelta di campo e nuovo patto sociale
- ▶ I principali punti di una riforma

Universalismo ed equità in pericolo

- ▶ Sottofinanziamento
- ▶ Aumento dei bisogni sanitari e socio-sanitari
- ▶ Frammentazione dell'offerta
- ▶ Fattore culturale: la salute come responsabilità individuale e sempre meno collettiva e solidarista

La salute come bene comune

- ▶ Benessere personale
- ▶ Coesione sociale
- ▶ **Sviluppo e crescita del Paese**

La salute come bene comune

Fondamentale **fattore di sviluppo e di crescita del Paese**, oltre che di benessere personale e di coesione sociale

I servizi sanitari come beni meritori

- ▶ Non rispondono a logiche di mercato
- ▶ Garantiscono l'accesso a **prestazioni vitali**
- ▶ Hanno funzione redistributiva essenziale, attraverso il finanziamento collettivo
- ▶ Riducono i **rischi sociali**
- ▶ Promuovono l'uguaglianza delle opportunità
- ▶ Sono beni **relazionali**: la loro efficacia dipende dalla qualità delle relazioni di cura

Scelta di campo e nuovo patto sociale per salvare universalismo ed equità

- ▶ **Rinnovare il patto** su cui si fonda lo Stato sociale tra tutte le parti
- ▶ **Abbandonare interventi** emergenziali, **parziali** o puramente contabili
- ▶ Affrontare i nodi strutturali che ne condizionano il funzionamento

I punti principali di una riforma

1. Aumento della spesa e sua diversa allocazione
2. Governance sussidiaria
3. Prossimità e continuità assistenziale
4. Integrazione tra sanità e sociale
5. Valorizzazione del personale

1. Più spesa e sua diversa gestione

LEA: limite costituzionale ai tagli lineari e alle riduzioni indifferenziate della spesa pubblica

Criteri di finanziamento che superano la prestazione e incentrati sulla presa in carico e sull'efficacia delle cure con:

- ▶ l'introduzione di **budget di cura** per pazienti cronici e fragili;
- ▶ modelli di “**capitation**” (che incentivano prevenzione e presa in carico continuativa) aggiustati per complessità;
- ▶ sistemi di valutazione basati sugli **outcome di salute**.

2. Governance sussidiaria

Sussidiarietà: distribuzione delle competenze secondo il **criterio del bene di tutti, non di una parte**, attraverso la collaborazione dei soggetti coinvolti (Sent. 192/2024 Corte Costituzionale)



Salto di qualità nella capacità di governo

3. Prossimità e continuità assistenziale

- ▶ **Superare** progressivamente il **modello individuale** del MMG, promuovendo: forme associative, équipe multiprofessionali territoriali.
- ▶ Le Case di Comunità e Ospedali di Comunità per:
 - **integrare servizi sanitari, sociali e comunitari**, superando la frammentazione attuale.
 - gestire una percentuale crescente **dei bisogni non acuti** grazie a équipe multiprofessionali
- ▶ Moltiplicare e rafforzare i centri di emergenza-urgenza.

4. Sanitario e sociosanitario

- ▶ **Servizio nazionale per la non autosufficienza**, con: governance dedicata, fondo unico nazionale, punti unici di accesso territoriali.
- ▶ **Regia che integri**: prestazioni sanitarie e sociali, servizi domiciliari e residenziali, i trasferimenti monetari (indennità, pensioni) e prestazioni “in kind”.
- ▶ Istituire **forme mutualistiche** obbligatorie con contributi misti pubblici e privati per sostenere le spese impedendo la sostituzione del servizio pubblico.

5. Valorizzare il personale

Carenza di: MMG, infermieri, personale PS e aree interne

- ▶ **Piani pluriennali di assunzione**
- ▶ Allineamento delle retribuzioni ai livelli medi UE (incrementi stimati del **10–15%**);
- ▶ Riduzione del carico burocratico improprio
- ▶ Selezione del **management** basata su competenze nell'integrazione e nel governo della complessità
- ▶ In generale, valorizzazione della professionalità e riferimento ai risultati per sostenere la **motivazione** degli operatori

Grazie per l'attenzione!

