



ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE NOI PER LA SALUTE – TINA ANSELMI

CALTANISSETTA, CASA DELLE CULTURE E DEL VOLONTARIATO, VIA XIBOLI 310

D.D.G. N° 785 del 11/04/2023 Iscrizione nella sezione “A.P.S. di Promozione Sociale “ del R.U.N.T.S.

Pec : noiperlasalutetinaanselmi@pec.it

Email : noiperlasalute@gmail.com

IBAN : IT66K0895216701000000139083

www.noiperlasalutetinaanselmi.it

C.F.: 92075010857 Tel. 0934 584044

Servizio Sanitario Nazionale al bivio : carenza di personale e liste di attesa minacciano le cure.

In questi ultimi tempi la Sanità è diventata uno degli argomenti più discussi nel nostro Paese. Per affrontare questo tema in modo serio e consapevole senza strumentalizzazioni di tipo politico non si può non conoscere la storia del Servizio Sanitario Nazionale.

La Legge Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale 833/1978 scritta da Tina Anselmi costituisce la svolta storica perché ha introdotto i principi di Universalità, Uguaglianza ed Equità nel pieno rispetto dei valori della Costituzione Italiana.

*In buona sostanza il termine Universalità vuol dire **estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione**; il termine Uguaglianza vuole dire **accesso alle prestazioni senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche** ; il termine Equità vuole dire **parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute**.*

Possiamo chiederci se queste condizioni sono oggi realmente garantite ?

Prima di dare una risposta a questa domanda dobbiamo ricordarci che il Servizio Sanitario Nazionale è stato oggetto di altre riforme che per completezza di informazione non si possono ignorare.

***Il Dlgs N°502 del 30 Dicembre 1992 (De Lorenzo)** : si tratta della riforma mediante la quale si passa dalle Unità Sanitarie Locali alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere. Viene prevista per i medici la possibilità di esercitare l'intramoenia all'interno delle strutture pubbliche in libera professione. E' bene sottolineare che l'obiettivo principale è la riduzione della spesa sanitaria nazionale che il Governo destinava in quota parte alle Regioni, con il federalismo fiscale che pone le regioni nella condizione di imporre tasse e devolverle per i bisogni di salute. **All'art.9** permetteva ai cittadini con reddito medio-alto di uscire dal S.S.N. pagando una tassa sostitutiva ridotta per stipulare mutue private o assicurazioni alternative.*

***Il Dlgs 229/1999 (Legge Bindi)** ha completato il processo di aziendalizzazione delle USL e introdotto regole più stringenti per l'attività libero professionale dei medici. Le USL sono diventate Aziende Sanitarie Locali con piena autonomia organizzativa, gestionale e contabile, tenute al rispetto del vincolo di bilancio.*

Possiamo chiederci se questa aziendalizzazione ha determinato in modo omogeneo sul territorio nazionale migliori benefici in termini di assistenza sanitaria e garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ?

Dlgs 517/1993 (Garavaglia) : ha consentito di correggere le derive privatistiche ed esasperate della Legge 502/92 di De Lorenzo. L'obiettivo principale è stato quello di salvare l'universalismo del Servizio >Sanitario Pubblico.

La Garavaglia ha abolito totalmente l'art.9 della legge 502/1992 perché è stata giudicata rischiosa per la tenuta del S.S.N. Lo Stato ha così evitato la fuga dei contribuenti più ricchi verso la sanità privata. I fondi sono stati ridisegnati, solo per le prestazioni non coperte dallo Stato.

La Legge 502/1992 definiva le neonate USL semplicemente come "aziende con personalità giuridica" lasciando un'ambiguità che faceva pensare a una forte privatizzazione. **La Garavaglia ha corretto la Legge 502/1992 specificando che le ASP sono Aziende Regionali con personalità Giuridica Pubblica, vincolandone la gestione a finalità collettive e sociali.**

La Garavaglia ha introdotto i requisiti di alta specializzazione molto rigidi. Solo pochissimi ospedali di rilievo nazionale potevano staccarsi dalle ASP, mentre gli altri dovevano rimanere all'interno della rete territoriale. La Legge 502/1992 aveva un vuoto normativo su come integrare la ricerca universitaria con l'assistenza medica ordinaria. **La Garavaglia ha introdotto i protocolli di intesa tra Regioni e Università disciplinando la nascita delle Aziende Ospedaliere Universitarie (Policlinici) e degli IRCCS.**

In definitiva la Garavaglia ha mantenuto l'efficienza manageriale della 502/1992 ma ha rimesso al centro lo Stato e le Regioni, impedendo lo smantellamento del sistema solidale nato nel 1978 (Anselmi).

Per meglio comprendere lo stato attuale della sanità italiana non si può non citare **La Riforma del Titolo V della Costituzione Italiana (Legge Costituzionale N°3/2001).**

Le conseguenze di questa riforma le tocchiamo con mano giornalmente !

Ha capovolto la ripartizione delle competenze legislative ampliando i poteri di Regioni e Comuni e introdotto i principi di sussidiarietà e autonomia finanziaria. Ha introdotto il federalismo sanitario, attribuendo alle Regioni la competenza esclusiva o concorrente per l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio.

In buona sostanza si è venuta a creare una situazione che registra tanti Servizi Sanitari per quante sono le Regioni. **Traendo spunti dall'8° Rapporto Nazionale della Fondazione Gimbe e dal Programma Nazionale Esiti dell'Agenas** possiamo innanzitutto affermare quanto segue :

Prendendo come indicatore i Livelli Essenziali di Assistenza, cioè le prestazioni sanitarie che il SSN deve erogare su tutto il territorio nazionale e prendendo come valore ottimale il 100% andando a valutare gli adempimenti cumulativi 2010-2019 la classifica è la seguente :

Emilia Romagna 93,4%

Toscana 91,3%

Veneto 89,1%

Piemonte 87,6%

Liguria 82,8%

Sicilia 69,6%

Calabria 59,9%

Sardegna 56,3%

I LEA prevedono 3 ambiti di valutazione : l'area della prevenzione, l'area della medicina territoriale e l'area della medicina ospedaliera.

L'8° Rapporto Nazionale GIMBE riporta dati aggiornati al 2 Settembre 2025 e ci spiega come viene fatta la valutazione secondo il **Nuovo Sistema di Garanzia** che giudica la Sicilia inadempiente nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli ultimi dati ufficiali relativi alla migrazione sanitaria e alle sue implicazioni si riferiscono al 2022 ed evidenziano per la Sicilia un saldo negativo di -241,8 milioni di € verso le altre Regioni.

Sempre nel 2022 la Lombardia ha introitato 623,6 milioni di €, l'Emilia Romagna 524 milioni di € e il Veneto 198,2 milioni di € per assistenza sanitaria erogata a cittadini provenienti da altre regioni.

Si può affermare che questi dati sono l'espressione di capacità gestionali che hanno saputo mettere a frutto la frammentazione e conseguente concorrenzialità dei diversi sistemi sanitari regionali.

Come si può spiegare che chi nasce oggi in Sicilia ha una aspettativa di vita di 82,1 anni e chi nasce a Trento di 84,7 anni ?

Oggi dobbiamo prendere coscienza che la salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale è una emergenza che va affrontato non con misure prettamente emergenziali ma con una visione finalizzata a tutelare un Diritto Fondamentale Costituzionalmente Riconosciuto e a considerarla una priorità assoluta.

Per un corretto inquadramento del contesto dobbiamo tener conto di dati ufficiali.

Spesa sanitaria pubblica in % rispetto al PIL (Dati ISTAT Luglio 2025):

- Media OCSE 7,1%
- Media Europea 6,9%
- Italia 6,3%

Spesa Pubblica Sanitaria pro-capite :

- Media OCSE 4.625 \$
- Media EU 4.689 \$
- Italia 3.835 \$

Spesa Sanitaria nel 2024 (Fondazione Gimbe)

- Pubblica 137,46 miliardi di €
- Out of pocket. 41,30 miliardi di €
- Intermediata 6,36 miliardi di €

5,8 milioni di persone (9,9%) hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie.

Alcune riflessioni bisogna evidenziare in riferimento alla dichiarata carenza dei medici.

Partendo da un dato statistico certo si può affermare che in Italia vi sono 5,4 laureati in Medicina e Chirurgia ogni 1000 abitanti.

La media dei medici nei paesi dell'OCSE è di 3,9 x 1000 abitanti. Siamo al 2° posto per numero di medici x 1000 abitanti nell'OCSE.

Molto critica è la situazione degli infermieri .

In Italia, dati aggiornati a Luglio 2025, gli infermieri sono 6,9x1000 abitanti.

La media OCSE è di 9,5X1000 abitanti.

Uno dei problemi più sentiti dai pazienti è il problema della gestione delle liste di attesa, che assume particolare rilevanza in un momento storico in cui si parla di medicina di prossimità e di medicina di iniziativa.

A fronte di un invecchiamento della popolazione sempre più progressivo assumono una rilevanza notevole patologie quali :

- *scompenso cardiaco*
- *Malattia di Parkinson*
- *Broncopneumopatia cronica ostruttiva*
- *Malattie ischemiche del cuore*
- *Diabete mellito di tipo 2*
- *Ictus ischemico*
- *Malattie oncologiche*
- *Malattie psichiatriche*
- *Etc.....*

che necessitano di un approccio spesso olistico con conseguente presa in carico da parte di equipe specialistiche.

Al contempo si registra spesso la necessità di approfondimenti diagnostici strumentale la cui tempestiva esecuzione può rappresentare un fondamentale approccio per una diagnosi precoce.

L'A.P.S." Noi per la salute " Tina Anselmi ha aperto 12 Sportelli di Ascolto Sanitario dove afferiscono i pazienti per chiedere un consiglio, ma molto spesso per segnalare il problema di prenotazioni di prestazioni sanitarie che non rispettano le normative vigenti sui tempi di attesa. Quest'anno a partire dal 1 Gennaio abbiano ricevuto nei nostri sportelli oltre 500 persone che hanno riferito le loro difficoltà nel poter accedere ai servizi sanitari nella nostra ASP. L'Associazione si è dunque adoperata, nel rispetto delle normative vigenti , a richiedere il rispetto delle stesse. Pur facendo notare che i nostri sportelli sono ubicati a Caltanissetta, San Cataldo, Serradifalco, Santa Caterina Villarmosa, Mussomeli, Valledlunga Pratameno, Canicattì e Piazza Armerina e quindi non potendo avere dati sul versante Sud della Provincia di Caltanissetta, possiamo documentare quelle che sono le criticità emerse sia sul versante delle prestazioni diagnostiche sia sul versante delle visite specialistiche. Particolare attenzione bisognerebbe prestare sul versante della presa in carico dei pazienti nel rispetto del PNGLA e PRGLA e del Dlgs 124/1998 art.3 comma 13.

*Particolare attenzione deve essere dedicata alle problematiche assistenziali della Salute Mentale e dei pazienti con Disabilità. Sono tematiche che coinvolgono il più vasto ambito della Integrazione Socio- Sanitaria e che vengono regolate da normative ben precise che vanno applicate con rigorosità (**Piano di Azione per la promozione dei diritti e l'inclusione delle persone con disabilità ; Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030**)*

Anche se i nostri dati non sono rappresentativi di tutta la provincia, a fine anno renderemo pubblico un report che illustrerà dettagliatamente il nostro operato e quello che abbiamo avuto la possibilità di verificare.

*A proposito di Liste di Attesa e diritti dell'utente è importante citare il" **Compendio di Legislazione Sanitaria"** di Gerardo Gargano che testualmente recita :*

"Il contenzioso sulle Liste di Attesa è un esempio lampante di come la tutela del diritto soggettivo alla salute intersechi e sfidi la discrezionalità organizzativa dell'ASP. Il mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dai Piani Nazionali e Regionali per l'erogazione di prestazioni (visite specialistiche, esami diagnostici, interventi chirurgici) integra una violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di conseguenza, la lesione di un diritto soggettivo del paziente (art.32 della Costituzione). La tutela giurisdizionale in questo am-

bito può avvenire sia in sede civile (per il risarcimento del danno da ritardo diagnostico/terapeutico sia in sede amministrativa.”

In definitiva auspichiamo che piuttosto di sterili polemiche o dichiarazioni, che purtroppo dimostrano la non conoscenza dei reali bisogni delle comunità , e soprattutto di quelle più interne e periferiche, è di gran lunga più importante che i cittadini acquisiscano la consapevolezza dei loro diritti ed esercitino una cittadinanza attiva e che le istituzioni si impegnino con decisione nel prendere le decisioni più opportune per garantire la tutela del Diritto alla Salute.

In conclusione pensiamo sia giunto il momento di attuare decisioni che non possono più attendere :

- Eliminare il numero chiuso o cosiddetto programmato alla Facoltà di Medicina e Chirurgia*
- Ampliare in modo molto significativo le borse di studio per le Scuole di Specializzazioni, adottando misure economiche per stimolare la scelta delle specializzazione che sono meno richieste per valutazioni legate a valutazioni economiche e di rischio clinico.*
- Bisogna necessariamente aumentare la dotazione percentuale del Fondo Sanitario rispetto al PIL allineandolo alla media dei paesi dell'Unione Europea.*
- Attuare una politica economica retributiva con incentivi per gli specialisti di branche meno attrattive*
- Bisogna prioritariamente riequilibrare la distribuzione degli operatori sanitari tra i centri metropolitani e le zone interne e periferiche.*
- Bisogna fare una attenta valutazione reale dei reali posti letti attivati rispetto a quelli previsti per legge nei vari Ospedali della provincia di Caltanissetta e la reale dotazione organica.*
- Verificare se le strutture pubbliche sono in grado di erogare le prestazioni previste per legge in funzione della loro classificazione. Si consideri che uno dei principali fattori che predispongono alla migrazione sanitaria è il non poter effettuare una prestazione nella propria ASP.*
- Attuare provvedimenti legislativi che prevedano incentivi economici per chi eserciti la professione medica o infermieristica in zone interne e periferiche*
- Attuare una politica concorsuale per gli operatori sanitari centralizzata a livello regionale con l'indicazione che la priorità deve essere l'assegnazione nei centri dove è maggiore la carenza di personale.*
- Valutare la proposta della creazione di Dipartimenti Interaziendali tra varie ASP che potrebbero consentire di aggredire meglio il problema della desertificazione sanitaria che interessa prevalentemente i centri interni e periferici a vantaggio dei centri metropolitani ;*
- Infine pensiamo sia giunto il momento di ragionare e di proporre un'AREA VASTA al centro della Sicilia che comprenda le ASP di Agrigento, Enna e Caltanissetta. In altre regioni del Nord (vedi Emilia Romagna e Toscana) ciò è stato fatto sin dal 2015 e come si può vedere dai dati ufficiali sono le regioni più performanti sui Livelli Essenziali di Assistenza. L'A.P.S. “ Noi per la salute “ Tina Anselmi l'aveva proposta due anni fa ma nella nostra città non si è registrato consenso.*
- In ultimo il problema delle Case di Comunità. Il DM 77 introduce elementi di novità importanti circa la Medicina del Territorio che dovrebbe finalmente mettere in pratica la Medicina di Prossimità e di Iniziativa. Sono concetti di cui si discute da anni ma che registrano difficoltà che sono sotto gli occhi di tutti. Qual'è la posizione della FIMMG di Caltanissetta circa l'impegno dei Medici di Famiglia in queste strutture? È legittimo avere la preoccupazione che queste strutture non decollino. Quale sarà il ruolo svolto dalle costituite AFT ? Potremo avere a disposizione documentazione che attesti la dotazione organica reale di ciascuna Casa di Comunità ? È quello che auspichiamo !*

Giuseppe Pastorello

Presidente A.P.S. "Noi per la salute " Tina Anselmi

Caltanissetta 04/09/2026