

Missione 6 SALUTE Tanti dubbi e altrettante perplessità

di Mauro Valle

La Pandemia da SARS CoV-2 ha messo in evidenza alcuni aspetti critici di natura strutturale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Vi sono significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari. Ciò è quanto si afferma nella premessa della Missione 6-Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

1. La Missione 6 Salute è quella a cui vengono destinati meno fondi: 15,62 miliardi di euro, pari all'8,2% del totale (192 miliardi).

Dal documento governativo si evince (cfr. *supra*, N. Dirindin, *Missione 6-Salute*) che la Missione 6 si articola in due componenti: 1) reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari; 2) innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure comprese in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Dei 15,62 miliardi di Euro di cui sopra 7,00 sono destinate alla componente 1 e 8,62 alla componente 2. La maggior parte delle risorse della missione 6 è quindi destinata ad "attrezzature, nuove tecnologie e digitalizzazione" (62%), il 30% alle strutture sanitarie e il restante 8% alla ricerca scientifica e alla formazione del personale sanitario. Al Piemonte spetteranno 535 milioni di euro.

Non sono previste spese per la assunzione di nuovo personale sanitario, eppure si stima che oggi in Italia manchino al SSN circa 45 mila medici e 75 mila infermieri (Elaborazione Fiaso - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere su dati Conto Annuale RGS e MIUR - 2021).

Gli investimenti nella digitalizzazione (4 miliardi di euro, un quarto delle risorse totali) puntano alla telemedicina e alla casa come primo luogo di cura. L'obiettivo è quello di ridurre il ricorso ai ricoveri ospedalieri ma il rischio è che i pazienti vengano lasciati soli per la mancanza di medici che li seguano. In Piemonte, come nel resto d'Italia, esiste una carenza di medici di base a un punto tale che la Regione ha ampliato il numero di assistiti a carico dello stesso medico di famiglia che passano da 1500 a 1800 (*Piemonte Informa* 18 novembre 2021). Inoltre, è chiaro che attraverso la telemedicina viene a mancare il rapporto diretto, il fondamentale contatto tra il medico e il paziente.

Con il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23 il Governo ha affidato ad AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ente pubblico non economico di rilievo nazionale) il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica ed omogeneizzare a livello nazionale gli interventi previsti dal PNRR. Molte regioni avevano infatti presentato progetti in maniera autonoma, talora "bizzarri". Ad esempio la Regione Piemonte aveva proposto la realizzazione di Punti di Pronto Intervento sanitario nelle stazioni sciistiche, ottima iniziativa per favorire il turismo nelle aree montane ma meno valido a contrastare la pandemia. Nel numero 45 di *Monitor*, il bollettino di AGENAS, vengono esplicitate le modalità di utilizzo dei fondi del PNRR. Si prevede di realizzare:

a) Case della Comunità, evoluzione delle Case della Salute, 1 ogni 50.000 abitanti, in cui saranno previsti sale di visita, servizi diagnostici di base, come ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, esami del sangue e anche la presenza dei servizi sociali (in Regione Piemonte saranno 93);

b) Centrali Operative Territoriali, una ogni 50.000 abitanti, in molti casi coincidenti con gli attuali distretti sanitari, che nel progetto rappresentano il fulcro dell'attività di coordinamento dei servizi territoriali e il collegamento con la rete ospedaliera, con un ruolo di primaria importanza della telemedicina (in Piemonte saranno 43);

c) Ospedali di Comunità dedicati alle cure intermedie, cioè per persone che non hanno necessità di cure di alta intensità ma che non possono essere gestiti a domicilio, a prevalente gestione infermieristica: 27 in Regione Piemonte per complessivi 549 posti letto, 1 ogni 8.000 abitanti.

In questa figura lo schema dell'offerta dei servizi territoriali a seguito delle misure indicate dal PNRR:



(Agenas, Monitor, 45, p. 13)

2. In questo quadro vi sono alcune questioni che devono ancora essere definite con chiarezza e situazioni che destano perplessità:

- quale ruolo avranno in medici di base, il cui numero è già carente;
- come si inseriranno i Servizi Sociali dei Comuni;
- che ruolo avranno i distretti e le attuali strutture già presenti sul territorio come i CAVS (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria), le RSA (Residenza Socio Assistenziale), gli Hospice (lungodegenze per persone con malattie terminali) che, pur indicate nelle figura sopra riportata, non trovano corrispondenza nel testo di AGENAS;

d) per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità, la “prevalente gestione infermieristica” significa forse che non è garantita un’assistenza medica continuativa ai pazienti fragili degenti in questi piccoli presidi di base territoriali?;

e) con quale personale si gestirà tutto ciò che sarà realizzato: non sono infatti previste nuove assunzioni;

f) con quali fondi si effettuerà la manutenzione di ciò che viene realizzato.

Anche il **ruolo dei privati** non viene definito con chiarezza, la Regione potrà convenzionare ad esempio un ospedale di comunità a completa gestione privata, esattamente come fa attualmente per le strutture di lungodegenza, inserendo nel sistema regionale sanitario un “pacchetto completo” di uomini e mezzi del privato? In Regione Piemonte la digitalizzazione dei servizi sarà a cura di 43 Cooperative (cfr. *Repubblica Torino, supplemento Salute*, 11 novembre 2021) ma non si specificano i criteri di scelta e che ruolo avrà il CSI Piemonte (Consorzio per il Sistema Informativo) che è pubblico. Del resto il Governo Draghi è favorevole alla privatizzazione dei Servizi Pubblici: si pensi al disegno di legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021, che prevede, nell’ambito specifico della tutela della salute, di agevolare l’accesso all’accreditamento delle strutture sanitarie private, cioè di rafforzare il settore privato anziché quello pubblico (<https://volerelaluna.it/in-primo-piano/2021/11/12/il-disegno-di-legge-concorrenza-ovvero-la-festa-delle-privatizzazioni/>).

Ulteriori osservazioni critiche sono state espresse da numerose persone che lavorano in Sanità o, comunque, se ne occupano (<https://www.motoresanita.it/eventi/verso-una-costituente-della-medicina-territoriale-focus-piemonte/>). Al Segretario della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, Roberto Venesia, il PNRR sembra solo un mero piano di edilizia sanitaria e di come il piatto della Sanità pianga ancora: ricorda infatti che negli ultimi anni sono stati sottratti 30 miliardi di euro al Servizio Sanitario Nazionale. Il Direttore Generale dell’ASL Città di Torino, Carlo Picco, ritiene che aver definito gli ambiti delle strutture sulla base del numero degli abitanti, senza tenere in considerazione i territori, non sia stato utile: ad esempio in ambito urbano torinese le centrali operative sono forse troppe, non sono state date le indicazioni sul personale che dovrà “riempire” le strutture previste, né indicazioni sul *turn over* dell’attuale personale delle ASL. Alessio Terzi, past president di *Cittadinanzattiva*, sottolinea come non sia stato definito il ruolo pur previsto dell’associazione di base e di tutela dei cittadini: semplici vicari di attività non espletate dalle ASL o attori nei processi decisionali? I tempi di realizzazione sono comunque stretti: la Regione dovrà definire il piano completo entro il 31 dicembre 2021.

In conclusione in un contesto globale nazionale con una cultura sanitaria ancora ospedalocentrica e non orientata al territorio così come sarebbe stato opportuno realizzare nel contesto della pandemia, con spinte neoliberiste e una sanità privata che si sta organizzando per mettere le mani sui fondi del PNRR, la presenza di attenzione ai territori, alla realizzazione di servizi di prossimità e alle cure domiciliari è aspetto comunque da tenere in considerazione.

È sicuramente un piano di quelli meno desiderabili. È davvero il migliore di quelli possibili? (cfr. N. Dirindin in <https://www.youtube.com/watch?v=dmcuZTXrUZA>).