

PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6: SALUTE
SSN - Servizio Sanitario Nazionale e FSN - Fondo Sanitario Nazionale

Radicale revisione del SSN e insufficienza finanziaria del PNRR e del FSN

(Articolo di Pietro Gonella e Stefano Biasoli)

Vetustà della Legge 833/1978

Quando l'opinione pubblica, ancora prima dei vari livelli istituzionali, ha potuto e dovuto riconoscere l'inadeguata strutturalità e organizzazione funzionale del Servizio Sanitario Nazionale (nato nel 1978 e riformato nel 1992/1993 e nel 1999)? Soprattutto quando ha subito e vissuto sulla propria pelle l'esplosione della pandemia da Covid-19.

La **rete ospedaliera** è stata ed è tuttora sottoposta a ritmi di lavoro insostenibili sia per carenza di personale che di posti letto di terapia intensiva e semintensiva.

La **rete (assistenza) territoriale** – che nell'occasione si è rivelata largamente impreparata, per non dire assente – ha dimostrato e dimostra sempre più la sua incapacità di risposta a fronte dei veri bisogni di cura dei cittadini.

Nel periodo ultraquarantennale 1978-2021 si sono verificati due fenomeni che hanno indotto sostanziali modifiche nel modo di fare sanità:

- a) **i progressi scientifici e tecnologici** (innovazioni terapeutiche sia cliniche che farmacologiche, nuove metodiche strumentali grazie alla disponibilità di macchinari sofisticati per l'effettuazione di approfondite e decisive indagini specifiche prima precluse, etc.) hanno conosciuto/registrato una accelerazione tale da superare quelli conosciuti/registrati negli ultimi due secoli da un lato,
- b) **il cambiamento del quadro demografico ed epidemiologico**, conosciuto/registrato con la crescita esponenziale dell'invecchiamento della popolazione, ha profondamente modificato la domanda di salute dall'altro.

Con riferimento a tale ultimo aspetto va sottolineato che oggi il problema dei problemi, inesistente nel 1978, è rappresentato dalle **Long Term Care (LTC)**, cioè le cure a lungo termine per i malati cronici e pluripatologici bisognevoli di risposte e di assistenza non certo in regime ospedaliero (si tratta di oltre il 40% della popolazione over 65 anni!).

Per questo target di popolazione **il modello organizzativo-funzionale non può che essere territoriale** con dotazioni strutturali extraospedaliere e con una marcata assistenza domiciliare: realtà organizzativo-funzionale governata in piena responsabilità da medici di medicina generale uniti in studi aggregati con presenze in loco sia di medici specialistici, sia di operatori delle professioni infermieristiche e riabilitative, studi collegati in rete con i data base sia delle strutture distrettuali che ospedaliere.

Una nuova architettura del SSN

A. Secondo il PNRR

Il piano presentato dal Ministro Speranza, per rilanciare e ri-orientare in tale direzione il SSN, chiedeva risorse finanziarie pari a **68 miliardi**.

Il PNRR ne prevede soltanto 20. E' inevitabile domandarsi perché non ci si sia avvalsi del MES-Meccanismo di Stabilizzazione Europea che avrebbe concesso all'Italia 37 miliardi.

È di tutta evidenza che la dotazione finanziaria per la Missione 6 – Salute del PNRR è largamente insufficiente rispetto alle necessità reali poste a fondamento del piano di rilancio ministeriale.

Il PNRR imposta la sua filosofia di intervento da un lato sul potenziamento dell'assistenza domiciliare puntando sulla realizzazione delle **Case della Comunità** e degli **Ospedali di Comunità**, dall'altro sull'ammodernamento del **parco tecnologico e digitale ospedaliero**: insiste, come sua specifica funzione, sull'apprestamento – usando un termine di paragone informatico – dello hardware (che per funzionare avrà pressante e determinante bisogno del software=app) consistente in:

1.288	Case della Comunità, una in media ogni 50.000 abitanti
381	Ospedali di Comunità, uno in media ogni 160.000 abitanti, con un minimo di 20 e un massimo di 40 posti letto (per un totale nazionale di 7.620/15.240 posti letto), a gestione prevalentemente infermieristica
602	Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, deputate a coordinare i vari servizi domiciliari e sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
3.133	Grandi Apparecchiature Elettro Medicali - GAEM (RMN, TAC, Acceleratori Lineari, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi, Sistema Radiologico Fisso)
280	Potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello
+ 3.500	Potenziamento della dotazione di posti letto di Terapia Intensiva per garantire uno standard di 0,14 per 1.000 abitanti (per uno standard di 14 posti letto per 100.000 abitanti contro però i 33 della Germania!)
+ 4.225	Potenziamento della dotazione di posti letto di Terapia Semintensiva

È appena il caso di dire, in ordine alle Case della Comunità, che per far sì che diventino il vero punto di riferimento per la popolazione è imperativo sia precisarne requisiti e organizzazione (non senza rilevare che una ogni 25.000 abitanti, come previsto dal progetto originario del PNRR, avrebbe consentito una più facile e produttiva gestibilità), sia prevederne il funzionamento H24.

Per un bacino di 50.000 abitanti, a parere degli scriventi, è necessaria la dotazione/disponibilità delle seguenti risorse per i relativi servizi territoriali:

- 40-45 medici di MMG e PLS
- 10-12 medici specialisti
- 40-45 operatori delle professioni infermieristiche
- 20-25 operatori delle professioni riabilitative
- 10-12 altri professionisti della salute
- 10-12 unità amministrative
- 15-20 assistenti sociali (dei Comuni del Territorio).

L'altra linea filosofica del PNRR, la **digitalizzazione** (completamento e diffusione del FSE e di altro), è un percorso di estrema validità ormai incontrovertibile e irrinunciabile, atteso che punta sullo sviluppo della **telemedicina**, scelta che favorisce la qualità delle cure soprattutto in relazione ai bisogni della popolazione anziana, ancorchè nulla dica per quanto attiene alla **Tessera Sanitaria Elettronica (TSE)** con microchip o con chiavetta USB con il fine di ridurre al minimo l'odioso – e per

certi versi inammissibile – peregrinare del paziente, soprattutto di quello anziano privo di qualsiasi mezzo di mobilità.

ALCUNI SPUNTI IN TEMA di DIGITALIZZAZIONE

Sulla digitalizzazione, riteniamo che- preliminarmente- vadano risolte alcune CRITICITA', fonte possibile di confusione o fallimento del progetto.

- 1) **PROBLEMA della PRIVACY.** Per evitare che il Garante metta uno stop operativo, è necessario fornire a ogni singolo cittadino una PSW (password) da inserire nel microchip sanitario e da usare – volontariamente- ad ogni accesso al mondo sanitario: medico curante, medico specialista, laboratorio, centri diagnostici, farmacie, commissioni sanitarie varie.
- 2) **UTILIZZO dei DATI PAZIENTE.** Potrà essere possibile solo con il consenso del paziente stesso (uso della PSW) e per usi clinici. Qualunque altro utilizzo (creazione di una banca per BIG-DATA) deve avvenire con il consenso del paziente e con l'assoluta garanzia che il suo CF (codice fiscale) venga trasformato in codice alfa numerico, senza possibilità di risalire al paziente stesso.
- 3) **Per una vera informatizzazione,** bisognerà partire da alcuni elementi, apparentemente banali ma fondamentali. Li ricordiamo:
 - a) Messa in rete di tutti i CUP di una stessa regione;
 - b) Omogeneizzazione regionale delle registrazioni degli esami strumentali (soprattutto radiologici), con un sistema facile (*“unico comando exe”*) per l'apertura delle immagini radiologiche, cosa oggi non semplice né scontata.
 - c) Unificazione dei codici nazionali/regionali, con inserimento di esami/prestazioni oggi non presenti, ma usati correntemente;
 - d) Modifica delle regole attuali, che impediscono ai medici specialisti ospedalieri convenzionati una serie di prestazioni: certificati di esenzione per patologia; temporizzazione dei controlli specialistici in via informatica; prescrizione di farmaci oggi richiedenti un piano terapeutico, attualmente compilabile solo dagli specialisti ospedalieri dipendenti, con ovvii ritardi di cura (dati i tempi di attesa nella *“medicina pubblica non convenzionata”*). Questi aspetti ledono il diritto alle cure dei pazienti e degli specialisti curanti.
- 4) **RISOLUZIONE degli ASPETTI LEGALI, CIVILI e PENALI, nonché economici LEGATI alla INFORMATIZZAZIONE SANITARIA.**

Oggi, la lungaggine delle liste di attesa viene spesso parzialmente risolta (con consenso paziente-medico) per via informatica, con l'invio (paziente→medico) dei referti diagnostici, per e-mail e WhatsApp. A sua volta, il medico risponde in modo analogo (medico→paziente) in tempi generalmente ristretti. Si pongono quindi 2 problemi: quello medico legale e quello economico.

Il primo non è stato certamente risolto dalla legislazione sanitaria (prima e dopo la legge Gelli), tantomeno in tempi di Covid. Ma è evidente il rischio di errori: da parte del medico (*che non ha il p. davanti a se'*) e da parte del paziente (*“cattiva interpretazione della consulenza medica informatica”*, con possibili conseguenze cliniche). Infine, la possibile maleducazione dei pazienti, con invio di richieste in orari *“incivili”*. Si tratta di *“nuove prestazioni mediche”* che vanno remunerate, in un modo innovativo.
- 5) **ALLESTIMENTO dei BIG-DATA** (nazionali o almeno regionali). E' un elemento oggi fondamentale per migliorare gli aspetti diagnostici/conoscitivi delle migliaia di patologie, soprattutto di quelle piu' rare. In questo, il ricorso al CLOUD diventa fondamentale, sia sul piano clinico che sul piano economico: conoscenza reale numerica delle varie patologie, quantificazione dei loro costi, programmazione sanitaria.
- 6) **NON SOLO MA I BIG -DATA consentono di migliorare la diagnostica** verso i singoli pazienti, evidenziando anche quelle piccole (ma importanti) anomalie cliniche che passano spesso inosservate, se non inserite in un contesto generale. Oggi, soprattutto in Italia, sono disponibili

softwares interpretativi dei dati clinici (anche minori), grazie alla loro rielaborazione attraverso centinaia di regole cliniche computerizzate, e ricorrendo alla logica fuzzy, con un “suggerimento diagnostico finale” che ovviamente sarà poi valutato dal singolo medico curante. Un siffatto sistema consente di: migliorare la diagnosi, ridurre

- 7) gli errori clinici, favorire la conoscenza medica (sia dei laureati che degli studenti in medicina). Chi scrive ha una grossa esperienza in merito, maturata anche grazie a una ricerca sanitaria finalizzata della Regione Veneto (AG 284/07), poi sviluppata nel corso di 14 anni.
- 8) **PER UNA DIGITALIZZAZIONE SENZA INTOPPI, vanno modificati anche i dettati costituzionali che hanno prodotto faticosi rapporti STATO-REGIONI** in tema di pianificazione e gestione sanitaria, conseguenti alla cattiva modifica costituzionale del 2001.

RETE POLIAMBULATORIALE SPECIALISTICA

Lo stesso PNRR peraltro nulla dice in ordine alla realizzazione di una **rete poliambulatoriale specialistica** (l'assistenza specialistica comporta una spesa pari al 15-16% della spesa sanitaria pubblica totale, cioè 17-18 miliardi €/anno) che preveda **una specifica struttura ogni 300/400 mila abitanti, una ogni sei/otto ambiti territoriali delle relative Case della Comunità**, dotata di adeguate e necessarie attrezzature medico sanitarie comprese TAC e RMN e finalizzata ad allargare e ad accrescere la capacità di risposta, con l'obiettivo di abbattere le liste di attesa create dall'imbutto delle strutture ospedaliere impegnate, e non potrebbe essere altrimenti, dalla prioritaria esigenza di evadere in primis le prestazioni dovute ai pazienti ricoverati. In questi poliambulatori, ove debbono essere presenti medici ospedalieri che vi operano anche in libera professione d'azienda (ALPA), sussiste la garanzia – importanza fondamentale ed irrinunciabile – di qualità e sicurezza delle prestazioni al pari di quanto avviene in ambito ospedaliero.

Concludendo questo paragrafo non si può non richiamare l'attenzione sul fatto che i previsti interventi strutturali dovranno essere realizzati informandoli al criterio della **snellezza** al fine di non precludere la loro non improbabile necessaria riconversione che sarà imposta dal/correlata al futuro sviluppo della **farmacogenomica** che renderà disponibili farmaci avanzati che offriranno la possibilità di attivare terapie così mirate che consentiranno cure a domicilio o al massimo in strutture protette diffuse sul territorio (per monitorarne per qualche ora gli effetti), cure sostitutive di quelle oggi erogate in regime ospedaliero.

B. Secondo una radicale riscrittura della Legge 833/1978

Le legge quadro – che nel 1978 ha istituito il SSN (che, quindi, ha più di quaranta anni), facendo piazza pulita del preesistente sistema mutualistico che aveva assicurato agli italiani la cura delle malattie per oltre settanta anni – deve essere senza ulteriori indugi riscritta, rivoltandola come un calzino in considerazione della realtà totalmente diversa che, venutasi a formare in particolare negli ultimi due decenni, è stata ed è caratterizzata da:

- a) mutamenti profondi delle conoscenze mediche e tecnico-scientifiche che hanno informato e permeato il settore, consentendo l'avvento/introduzione di impensabili innovazioni terapeutico-strumentali;
- b) mutamenti altrettanto profondi dei contesti sociali e del quadro epidemiologico.

Innanzitutto non si può non far presente che l'evidente ed incontestabile **insufficiente finanziamento annuale del SSN** (vedasi al riguardo l'allegata tabella), proprio dell'epoca pre-pandemia Covid-19, **va superato in via definitiva**, in modo da assicurare all'universalità del sistema sanitario italiano **risorse finanziarie non inferiori al 7% del PIL** per la gestione ordinaria dello stesso

(questa la specifica situazione in Europa: 9,7% della Germania; 9,4% della Francia; 9,3% della Svezia; 7,8% del Regno Unito).

È questa la condizione decisiva e primaria per assicurare una volta per tutte **il ripristino di una forza lavoro** con una consistenza numerica tale da consentire di far funzionare con regolarità e continuità sia le nuove nascenti strutture previste dal PNRR sia quelle attualmente esistenti, avendo queste ultime svolto le loro funzioni istituzionali nonostante la situazione di costante e grave carenza di personale dedicato che le hanno caratterizzate.

Ed a conferma di quanto appena scritto non possiamo, con riferimento alle incrementate postazioni di rianimazione previste dal PNRR, non evidenziare/sottolineare che **la disponibilità tecnologica specifica è condizione necessaria ma non sufficiente** per realizzare la piena operatività delle stesse, in quanto un posto letto di terapia intensiva *“attrezzato”* è fatto sì di tecnologia ma al contempo non meno di risorse umane non solo numericamente necessarie ma anche formate. In caso diverso, l'utilizzo, in regime di cure intensive, di personale impiegato di norma in altri reparti ospedalieri, e quindi privo di specifica formazione, non offre la garanzia di un posto letto di terapia intensiva *“attrezzato”*.

“L’esperienza maturata durante il Covid 19 docet !”

L’adeguatezza della dotazione organica delle varie figure professionali impiegate nel settore, per dare *“gambe ed energia”* al cammino del nuovo SSN, è condizione necessaria ma non sufficiente per garantire **l’integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali**, obiettivo fondamentale prefigurato dal PNRR.

In particolare l’integrazione dell’assistenza sanitaria domiciliare con gli interventi di tipo sociale consentirà di raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione.

Per rendere questo processo sempre più ineludibile, in quanto migliorativo della **qualità** e della **sicurezza** delle cure, la nuova legge riscritta deve porsi il problema – per risolverlo – della **omogeneità del rapporto di lavoro del personale** che la legge 833 prevede in due diverse articolazioni, ponendosi la seguente domanda:

“L’articolo 48 della Legge 833 – titolato *“personale convenzionato”* – è un tabù? Perché il personale operante nel sistema sanitario italiano non può essere ricondotto tutto nell’articolo 47 titolato *“personale dipendente”*?”

Per portare a compimento tale operazione spetta agli esperti giuridici studiare e approfondire il modo e i tempi di un simile cambiamento anche ricorrendo a disposizioni cerniera, cioè transitorie. Al riguardo ci si deve richiamare alle modalità con cui sono stati incardinati nello status di dipendenza i medici condotti (istituzione sanitaria secolare!) da parte del DPR 348/1983 approvativo del CCNL del personale sanitario dipendente.

Oggi le **regole comportamentali** dell’attore più decisivo all’interno del SSN – il medico – sono diverse in Ospedale e nel Territorio a motivo del diverso rapporto giuridico di dipendenza o in convenzione; **finchè le regole professionali non saranno uniche per tutti i medici del SSN qualunque sia il loro rapporto di impiego**, non potrà mai essere completato un autentico ed effettivo percorso di integrazione Ospedale/Territorio, unica via per realizzare concretamente la **“continuità assistenziale”**, basilare per contrastare con successo – anche in termini di sostenibilità economica – la sfida dei prossimi decenni rappresentata dalle **Long Term Care (LTC)**.

E l’adeguatezza della dotazione organica delle varie figure professionali impiegate nel settore è altresì condizione ineludibile per assicurare un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate – le **GAEM** – al fine di evitare la loro obsolescenza sia economica che tecnica, attraverso il rispetto di

standard di utilizzo conseguibili con l'osservanza di orari di servizio settimanali dedicati più prolungati.

E non meno ineludibile deve essere la previsione normativa/la volontà del nuovo SSN, da tempo auspicata dal generale sentire comune, di far crescere la **consapevolezza** e la **responsabilità** dei cittadini, per avere soggetti responsabilmente attivi e giustamente autosufficienti. In che modo? Introducendo nei programmi della scuola elementare la materia "educazione civica, sanitaria, ambientale, etc." al fine di costruire l'adulto del futuro, ponendolo nella condizione ottimale di utilizzare al meglio, se strettamente necessario, i servizi e le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Obiettivo finale di tale volontà è quello di rendere diffuso e vissuto un "civismo" che informi e permei i comportamenti individuali in modo che siano naturalmente protesi verso il "bene comune" (concetto purtroppo perso negli ultimi cinquant'anni).

Il nuovo SSN non può inoltre astenersi dall'affermare che **la dimensione territoriale delle Aziende Sanitarie Locali non è neutra** rispetto al principio di adeguatezza dell'organizzazione, in quanto l'allungamento e l'allontanamento della catena di comando a dismisura cancella un virtuoso, solido e tempestivo rapporto, che deve essere quotidianamente assicurato, tra vertice aziendale e i vari Responsabili/Direttori sia di Area che di Unità Operativa. Per garantire le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle stesse deve essere compreso tra 200.000 e 300.000 abitanti (diciamo "no" a bacini di 800.000-1.000.000 di abitanti che rendono non governata e governabile l'azienda sanitaria locale).

Lo stesso nuovo SSN deve confermare, e in qualche maniera rafforzare, il ruolo dei **Comuni/Enti Locali che devono restare titolari della specifica funzione/potestà di esprimere i bisogni socio-sanitari dei relativi territori**.

Deve essere previsto il "non-disconoscimento" di competenze e funzioni dei Comuni/Enti locali, al fine di evitare l'integrazione di un *vulnus* alla **partecipazione democratica** quale corretto metodo di proficuo coinvolgimento reale in sede di definizione delle linee programmatiche.

Infine non ci si può astenere dal rappresentare con forza che il problema più spinoso del vigente SSN è stato, resta ed è la **salute mentale**. La legge sanitaria riscritta non potrà oltre differire una risposta articolata ed organica alle esigenze delle famiglie che vengono interessate, per non dire stravolte, dalla presenza a volte devastante della malattia, affrontando l'evento sia in fase adolescenziale che in età adulta:

- a) per **l'età adolescenziale** sono indispensabili interventi diffusi ed estesi, al fine di evitare/scongiurare che le carenze (preventive, diagnostiche, terapeutiche) di tale fase vengano – come sta avvenendo da tempo, purtroppo nella indifferenza delle istituzioni – travasate nella psichiatria dell'età adulta, con enormi costi sanitari e costi sociali, nel senso di non inclusione nel circuito produttivo, con conseguente fallimento/inesistenza della dignità individuale umana, economica, sociale, etc.;
- b) per **l'età adulta** è sempre più impellente l'apprestamento di strutture extraospedaliere (CSM/Centro di Salute Mentale, DHT/Day Hospital Territoriale, CTRP/Comunità Terapeutica Residenziale Protetta, CA/Comunità Alloggio, COD/Centro Occupazionale Diurno, CLG/Centro di Lavoro Guidato) riservando particolare attenzione al **pronto intervento/soccorso "psichiatrico"**.

Tabella I.

PIL ITALIA

Anno	PIL (miliardi di euro)	+ o - (miliardi di euro)	% + o -	Fondo Sanitario Nazionale	% PIL
2015	1.691,89	====	====	====	====
2016	1.745,29	+53,40	+3,16	113,063	6,48
2017	1.801,21	+55,92	+3,20	112,577	6,25
2018	1.853,87	+52,66	+2,92	113,396	6,12
2019	1.812,40	-41,47	-2,24	113,810	6,30
2020	1.651,575	-160,80	-8,90	119,556	7,24
2021	1.717,659	+66,84	+4,00	121,370	7,06

21 maggio 2021