

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: serve un new deal della sanità pubblica

È quanto chiede la Fismu nella recente Relazione tenuta alla Commissione Affari Sociali della Camera sul Pnrr. Il segretario nazionale Fismu, Francesco Esposito, ha sottolineato la necessità di gettare le basi per una seria riforma della sanità pubblica attraverso una nuova organizzazione territorio-ospedale, un'assistenza integrata h24, un nuovo status giuridico e più tutele per tutti i medici

La Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti-Fismu, in occasione del calendario di audizioni in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, ha depositato un documento di proposte e osservazioni critiche sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, inerente particolarmente al capitolo 6 che riguarda la Salute.

Fismu *in primis* ha tenuto a evidenziare che, con le diverse misure di quarantena attive in tutte le Regioni, non si può passare, ancora una volta "da un'emergenza a un'altra emergenza, servono interventi seri, con tutti gli strumenti economici disponibili, a partire dal Recovery, per un'efficace iniziativa sul breve periodo, ma anche per mettere le basi per un vero e proprio *new deal* della sanità pubblica italiana".

"In questo senso - si legge nel testo presentato da Fismu - vogliamo segnalare che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (il capitolo 6), risulta a nostro avviso in diversi punti inidoneo ad affrontare non solo questa emergenza, ma anche a raccogliere la sfida di una trasformazione strutturale del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

Secondo Fismu, il Ssn allo 'stress test' dell'epidemia ha mostrato tutte le sue criticità strutturali, ecco le principali:

- decennale assenza di investimenti;
- malinteso federalismo nella *governance* sanitaria regionale;
- mancanza di personale, di posti letto, e di unità di cure intensive;
- fragilità del territorio e della rete di ambulatori di cure primarie e di continuità assistenziale e dell'emergenza urgenza (118);
- deficitaria programmazione del fabbisogno di professionisti nell'accesso e la formazione e il cosiddetto imbuto formativo;
- giungla di contratti e convenzioni che regolano la categoria e spesso la impoveriscono sul piano delle tutele e delle garanzie, (vedi il mancato passaggio alla dipendenza di molti medici convenzionati del 118 in diverse regioni o il nodo irrisolto delle migliaia di camici grigi);
- precariato cronico che attanaglia ogni settore dei nostri servizi sanitari;
- mancanza di politiche e risorse sull'edilizia ospedaliera e nel territorio, soprattutto nel mezzogiorno, e di messa in sicurezza del personale medico (e non solo) e delle strutture.

► 'Meno ospedale più territorio': solo uno slogan

Per **Francesco Esposito**, segretario nazionale Fismu "alla base di tutto c'è una storica assenza di politiche sanitarie pubbliche che rispondano alla mutata domanda di salute e alle sfide della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione. Questa dirimente questione, insieme alla prevenzione e alla programmazione, è stata affrontata troppo spesso in modo frammentario, con iniziative *spot*, mai guardando a una visione organica che prendesse spunto anche dalle eccellenze (esistenti) della medicina di gruppo nel territorio e nell'ospedaleità.

Lo slogan di questi anni è stato: 'Meno ospedale più territorio', ma è rimasto tale, solo uno slogan a uso e consumo dei media. Si veda la quasi totale non applicazione della legge Balduzzi, lo smantellamento graduale e inesorabile della medicina dei servizi (medicina scolastica, prevenzione, vaccini...ecc), la marginalizzazione del ruolo dei Distretti. Di fatto, lo stesso schema che ha visto la nostra Italia affrontare il Covid-19 con un piano epidemico superato".

“Oggi, il nostro dovere - continua - nei confronti di tutti i colleghi che lavorano ogni giorno è quello di fare proposte serie, il vero rispetto per tutti i medici morti per Covid, ma anche per evitare altre ulteriori tragedie nei prossimi giorni, passa per interventi concreti. È fondamentale riprendere l’iniziativa nei confronti del virus cambiando, realisticamente, l’attuale situazione organizzativa sanitaria, soprattutto nella prima linea, oltre che nelle strutture

ospedaliere (più posti letto, più personale)”.

“È infatti impensabile nel breve termine fare una rivoluzione del Ssn, delle cure primarie e del territorio - conclude Esposito - ma sì, è possibile fare alcuni urgenti e concreti interventi per rendere più sicuro ed efficace questo snodo fondamentale della sanità pubblica nella battaglia contro l’epidemia. Queste settimane possono non essere quindi solo di contenimento dell’epidemia di Coronavirus,

anche grazie alla campagna di vaccinazione, da implementare e potenziare, ma potrebbero essere usate dallo Stato per prepararsi e mettere in campo tutte le risorse possibili. È strategico cambiare rotta, ne va del futuro del Paese”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Fismu

Ma c'è anche un problema di risorse

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza riserva alla missione Salute una cifra insufficiente a garantire la vera “svolta” che servirebbe per il nostro Ssn, per il suo rilancio, soprattutto in vista di eventuali altri episodi pandemici che potranno verificarsi nei prossimi anni e che non dovranno più mettere in “pausa” le altre patologie com’è accaduto con il Covid. Le risorse destinate alla sanità passano da 15 mld cifra certificata dal Governo come già disponibile nella prima versione di *Recovery Plan*, a 19,7 mld. Nessun raddoppio quindi, ma lo spostamento da una parte all’altra di risorse già presenti nella precedente versione del *Recovery* e un’aggiunta di 4,7 mld - ha di recente dichiarato **Tonino Aceti** Presidente di SALUTEQUITÀ, Associazione indipendente per la valutazione della qualità delle politiche per la salute. Un pensiero palesato ampiamente nel secondo Report dell’Associazione dedicato proprio al Pnrr e pubblicato di recente.

I 19,7 miliardi - si legge nel Report - restituiscono al Servizio Sanitario Pubblico solo la metà dei circa 40 miliardi di euro di mancati incrementi subiti dal fondo sanitario negli ultimi dieci anni per garantire il famoso equilibrio di finanza pubblica richiesto dalle diverse manovre che si sono succedute negli anni. Un rifinanziamento, in parte, di alcune voci fino a oggi sottostimate e lasciate alla spesa privata, non un investimento per un nuovo modello”.

L’ultima occasione di finanziamento di un programma straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie risale a più di 30 anni fa con l’art. 20 della Legge 67/1988, con uno stanziamento iniziale, solo da parte dello Stato, pari a ben 15,5 miliardi di euro (i 30mila miliardi di lire), gli attuali 34,4 miliardi a parità di potere di acquisto, praticamente quasi il doppio rispetto ai 19,7 miliardi destinati anche ad altre esigenze che potrebbero arrivare dall’Europa e che rappresentano il 57%

delle risorse decise 33 anni fa per i soli ospedali (quest’ultime allocate su arco temporale più lungo rispetto a quello del Pnrr).

Il fabbisogno iniziale di risorse stimato dal Ministero della Salute per gli interventi di edilizia sanitaria in vista della prima stesura del *Recovery* ammontava a 34,4 miliardi, di cui 14 miliardi per adeguamenti sismici e antincendio. Invece il documento approvato successivamente dal Consiglio dei Ministri assegna per la sicurezza degli ospedali 5,6 mld per realizzare 675 interventi di antisismica entro il 2026. Inoltre, mentre il *Recovery Plan* parla di “675 interventi”, che potrebbe significare anche una molteplicità di interventi per una stessa struttura sanitaria, nel 2013 la relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Ssn segnalava come le strutture che necessitavano di una pluralità di interventi di messa in sicurezza non fossero meno di 500.

► Gli investimenti per le cronicità

Per il rafforzamento dei servizi territoriali e per una migliore presa in carico delle persone con fragilità (cronicità, non autosufficienza, disabilità, ecc.) vengono destinati, attraverso il *Recovery Plan*, 7,9 miliardi in sei anni, di cui circa 1 miliardo all'assistenza domiciliare. Una cifra insufficiente a coprire gli oltre 17 miliardi l'anno di spesa privata delle famiglie per l'assistenza sanitaria a lungo termine, assistenza domiciliare e assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione, certificata dalla Corte dei Conti.

A rendere il quadro ancora più serio è il combinato disposto con la Legge di Bilancio 2021: infatti, se nel 2022 l'incremento del finanziamento del Ssn è pari a 822,870 milioni di euro, già nel 2023, 2024 e 2025 questo si riduce a 527,070 milioni di euro per ciascuno degli anni, mentre a decorrere dal 2026 è pari a 417,870 milioni di euro l'anno. Dal 2023 sale nuovamente in cattedra la razionalizzazione della spesa (*spending review* comma 404 L. 178/2020), che negli anni passati è stata confusa e declinata con un vero e proprio razionamento della spesa, dei servizi sanitari e dei diritti dei pazienti. E anche grazie a questo, il Ssn si è presentato alla sfida con la pandemia da Covid-19 impreparato, con i fondamentali non in ordine, con pazienti non-Covid costretti a diventare gli esodati del Servizio Sanitario Nazionale e con numero di decessi di pazienti Covid purtroppo tra i più alti in assoluto.

“Maggiori risorse per il Ssn orientate a garantire la sicurezza di tutte le strutture sanitarie, un mag-

giore accesso alle cure, il rafforzamento e l'innovazione dei servizi sociosanitari territoriali, l'ammodernamento tecnologico, il rafforzamento del personale sanitario e la riduzione delle disuguaglianze - conclude Aceti - per noi rappresentano 'debito buono' e un investimento ad 'alto rendimento' per il Paese in termini di salute, coesione sociale e crescita economica. Le future generazioni hanno diritto ad un Ssn più forte,

moderno, accessibile, equo, solidale e di prossimità, in grado di entrare nelle case delle persone. Non sprechiamo questa occasione che l'Europa ci mette a disposizione”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Report sul Pnrr di SALUTEQUITÀ

Il Ssn alla prova con Covid-19 dopo 10 anni di tagli

L'Italia è tra i paesi con più alto tasso di mortalità per Covid-19: 107,5 decessi per 100mila abitanti (dato relativo a dicembre 2020);

- durante il primo lockdown il Ssn ha fortemente ridotto l'assistenza ai pazienti non Covid: -34 milioni di ricette rispetto al 2019 (-58%); -13,3 milioni di prestazioni per accertamenti diagnostici; -9,6 milioni di visite specialistiche; -40% di ricoveri circa 309 mila ricoveri, di cui 230.428 chirurgici; circa -700.000 ricoveri nei reparti di medicina interna, di cui il 56% relativi a pazienti cronici;
- nel 2019 il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL è pari al 6,5% (NADEF 2020); nel 2017 era pari al 6,6%, un valore inferiore di circa tre punti percentuali a quella in Germania (9,6%) e Francia (9,5%), di un punto percentuale rispetto al Regno Unito, e di poco superiore a quella di Spagna (6,3%), Portogallo (6,0%) e Repubblica Ceca (5,8%);
- nel 2018, l'Italia è ottava nella classifica che analizza la percentuale della popolazione adulta dell'UE-27 con esigenze insoddisfatte di visita medica. Tra i maggiori paesi europei è quella con il dato peggiore;
- nel 2018 l'Italia ha 8 regioni inadempienti rispetto all'erogazione dei LEA, con maggiore criticità nell'assistenza territoriale;
- nel 2018 (ultimo Annuario Ssn pubblicato dal Ministero della Salute), gli interventi in Assistenza domiciliare integrata dedicati ad anziani e pazienti terminali è aumentato considerevolmente, ma non il personale che li ha eseguiti: le ore dedicate a ogni intervento sono calate in media 2 ore a prestazione con punte fino a oltre 60;
- la prova è che negli ultimi otto anni, dal 2010 al 2018, il personale sanitario è calato per colpa dei blocchi del *turn over* legati alla *spending review* di oltre 42mila unità e in particolare ci sono in meno più di 5.500 medici e quasi 8mila infermieri, le due figure che di più sono coinvolte nell'ADI.