

Ritorno alle cure dopo la pandemia: il punto di vista del terzo settore

È stata definita un'emergenza nell'emergenza, quella delle prestazioni sanitarie non erogate a causa delle difficoltà di accesso agli ospedali durante la pandemia.

Secondo il Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti durante l'emergenza sanitaria sono stati annullati o rimandati un milione e trecentomila ricoveri ospedalieri, di cui più di cinquecentomila urgenti. Prestazioni sanitarie essenziali come quelle di radioterapia e chemioterapia, ricoveri per il tumore alla mammella, ai polmoni, al pancreas, o per l'impianto di defibrillatori e pacemaker, e interventi cardiocirurgici maggiori hanno subito un calo tra il 10 e il 30%.

D'altro canto, è stata proprio la pandemia ad aver acceso i riflettori sull'importanza di poter disporre di un servizio sanitario equo, solidale e universalistico, per cui spetta a tutti, e non solo a chi ha competenze istituzionali, contribuire al suo rinnovamento perché sia in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di salute dei cittadini.

Ne abbiamo parlato con due esponenti di spicco di due associazioni del terzo settore, Antonio Gaudio (Presidente Nazionale di Cittadinanzattiva) e Tonino Aceti (Presidente di SalutEquità).

Le proposte di Cittadinanzattiva per fronteggiare l'emergenza delle cure mancate

A colloquio con **Antonio Gaudio**

Presidente Nazionale Cittadinanzattiva

Secondo il XXIII Rapporto Pit salute di Cittadinanzattiva, nei primi 5 mesi del 2020, in Italia sono stati eseguiti circa 1 milione e 400mila esami di screening in meno rispetto allo stesso periodo del 2019, sono state più che dimezzate le diagnosi oncologiche, mentre il 70% dei pazienti ha rinunciato alla riabilitazione. Quali le principali proposte di Cittadinanzattiva per superare la nuova emergenza delle cure mancate?

Penso che la parola chiave sia proprio 'nuova emergenza'. Così come siamo stati capaci di affrontare l'emergenza pandemica, utilizzando tutte le risorse a disposizione nel paese, altrettanto bisogna fare per affrontare questa nuova emergenza delle cure mancate, che si presenta come una sorta di pandemia silente e parallela, con un numero di morti oramai molto importante. Va quindi organizzato un piano che coinvolga, per esempio, tutti quei professionisti sanitari chiamati a sostenere le attività sanitarie negli ospedali e nelle strutture territoriali durante la vicenda pandemica, perché vengano utilizzati ora per recuperare tutte le

prestazioni non erogate. E questo per due ordini di motivi: primo, perché queste prestazioni mancate vanno a sommarsi a quelle che ordinariamente dovrebbero essere erogate e che hanno difficoltà già in condizioni ordinarie a essere erogate; secondo, perché ovviamente tutte le prestazioni – in particolare quelle legate agli screening che danno la possibilità di intervenire in modo anticipato – nel momento in cui non vengono eseguite producono non solo danni di salute alle persone, che in alcuni casi diventano irreparabili, ma una moltiplicazione dell'impegno del Servizio Sanitario Nazionale a gestire un paziente, la cui patologia è stata individuata troppo tardi.

Il problema delle cure mancate a causa della pandemia va quindi gestito in condizioni di emergenza, anche attuando soluzioni non ordinarie. Una di queste è rappresentata dalla possibilità di stringere accordi quadro a tempo con i servizi sanitari privati per utilizzare tutte quelle risorse che, direttamente o indirettamente, afferiscono al servizio sanitario nazionale e che possono contribuire a migliorare la situazione in un momento di difficoltà.

Va quindi fatto un piano ad hoc e soprattutto va anche garantito un tracciamento delle risorse a disposizione. Ricordo che ad agosto 2020 il governo aveva messo a disposizione 500 milioni di euro per recuperare le prestazioni non erogate. Sarebbe interessante capire quante persone sono state curate con quei soldi e soprattutto individuare l'entità del gap di prestazioni e di screening non eseguiti da colmare.

Quanto la frammentazione del nostro sistema sanitario in 21 realtà regionali differenti ha influito nella rinuncia a curarsi di molti pazienti cronici e rari durante l'emergenza pandemica?

È un aspetto difficile da valutare. Sicuramente il caos organizzativo e le differenti modalità di organizzazione dei servizi di recupero delle prestazioni e di gestione delle liste di attesa presenti sul nostro territorio non hanno aiutato le persone a curarsi.

Se qualche cosa ci ha insegnato questa pandemia – e utilizzo la parola 'insegnato' con grande rispetto di fronte all'enorme tragedia che abbiamo vissuto – è che non possiamo avere modelli organizzativi completamente diversi, non possiamo far sì che i servizi sanitari diano differenti, in alcuni casi addirittura contrapposte tra Regioni.

Questo crea disorientamento, crea sfiducia e inefficienza, e soprattutto non permette alle persone di poter essere curate al meglio. Quando è stata fatta la riforma del titolo V, il federalismo era stato pensato – e anche da noi sostenuto – come uno strumento per avvicinare il livello decisionale alle persone e alle comunità, e quindi per adattare i servizi ai bisogni delle comunità.

Questo era e rimane un tema importante, che non può però essere confuso con il caos organizzativo e soprattutto con l'idea che ognuno possa fare come vuole. Non funziona così in un paese con un servizio sanitario nazionale universale, che tutti a livello internazionale ci invidiano, ma che rischia in tempi neanche troppo

lungi di essere messo profondamente in crisi da inefficienze organizzative non più accettabili.

Come organizzazione del terzo settore che ha sempre manifestato grande attenzione ai temi della salute, che opinione avete del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rispetto all'auspicabile traguardo di una riorganizzazione del servizio sanitario che garantisca un'offerta continuativa e integrata di salute a tutti i cittadini?

Come organizzazione siamo assolutamente concordi con i principi a monte di questo piano. La grande sfida che riguarda la missione salute, ma anche le altre all'interno del PNRR, è quella di riuscire a fare un passo in avanti passando dalla logica degli *output* a quella degli *outcome*. Non è facile, ma credo sia fondamentale trovare una strada che consenta di valutare l'impatto delle scelte fatte sulle comunità. Quando si parla di salute, il problema non è solo quello di costruire nuove strutture o acquistare tecnologie e strumenti, ma anche di individuare i parametri che ci permettono di dire quanto le risorse investite incidono sulla vita delle persone, sui percorsi di cura, sulla riduzione dei gap di salute, sulla lotta alle disuguaglianze, sul miglioramento degli standard di accesso ai servizi. O riusciamo a fare questo o tutto diventa complicato. È vero che questo piano è frutto di una vicenda drammatica come quella della pandemia, ma è altrettanto vero che già prima della pandemia esistevano fortissime differenze regionali nell'accesso alle cure. Questa sarà l'occasione per cambiare le cose se troveremo gli strumenti per misurare l'impatto di questi investimenti sulle comunità e per valutare su questo aspetto anche il governo, il legislatore, e tutti coloro che nell'amministrazione si occuperanno di questo percorso. È una grande sfida, ma tutti abbiamo il dovere di essere fiduciosi e di provarci, sostenendo questi sforzi. E il modello per affrontare questa sfida non può che essere un modello allargato, dove tutte le competenze, anche quelle civiche, oltre a quelle istituzionali, scientifiche e professionali, devono essere al centro del percorso di attuazione di questo piano. ■ ML



Salute ed equità alla base del rinnovamento del nostro servizio sanitario

A colloquio con **Tonino Aceti**

Presidente Salutequità

Dottor Aceti, vuole innanzi tutto presentarci Salutequità e spiegarci quali sono le parole chiave alle quali si è ispirato per la sua fondazione e per delinearne gli obiettivi?

Salutequità è un'organizzazione senza scopo di lucro, presentata pubblicamente alla fine del 2020. È quindi un'organizzazione molto giovane, che promuove la valutazione della qualità delle politiche pubbliche in ambito sociale e sanitario indossando gli occhiali dell'equità. L'equità è un principio molto importante per la nostra organizzazione, qualificante il diritto alla salute e il Servizio Sanitario Nazionale, ed è la parola chiave che ha dato anche il nome all'organizzazione.

Siamo dell'idea che salute ed equità siano due principi indissolubili, l'uno alla base dell'altro, e che la qualità delle politiche si misuri proprio nella capacità di tenere insieme questi due valori. Entrambe hanno una 'e' in comune (salute termina con la 'e' ed equità inizia con la 'e'), che le lega formando questa bellissima parola, Salutequità, che credo da sola esprima tutta la mission e la finalità dell'associazione.

Vogliamo essere un presidio che guarda, osserva, monitora, analizza e comunica, e che promuove confronti tra tutti gli stakeholder per costruire proposte condivise, cercando anche di fare quel passo in più nel ciclo delle politiche pubbliche che faccia sì che quella proposta di cambiamento diventi realtà.

Salutequità è un soggetto apartitico, che sta costruendo intorno a sé un network di soggetti che si qualificano per la loro competenza. La nostra organizzazione non ha appartenenze politiche, ma la politica tutta è sicuramente un interlocutore con il quale dobbiamo parlare per garantire politiche pubbliche di sempre maggiore qualità.

Tutti auspichiamo che il 2021 sia l'anno di svolta per l'uscita dalla pandemia. Sarà anche quello del pieno rientro dei pazienti non Covid nel Servizio Sanitario Nazionale, a partire dalle persone più fragili come, ad esempio, quelle con patologie croniche e rare?

Salutequità ha lanciato sin dalla sua nascita l'allarme su questo tema. È urgente pensare al 2021 come all'anno di inizio dell'uscita dalla pandemia, ma contestualmente anche come all'anno della ripresa a curare tutti, non solo i pazienti Covid.

Quello delle mancate cure ai pazienti non Covid è proprio il primo profilo di iniquità che Salutequità ha individuato nel corso del 2020 e del 2021.

Siamo dell'idea che si debba garantire – ma lo si doveva fare già da tempo e ora lo si deve fare a maggior ragione – una parità di accesso alle cure per tutti i pazienti e che sia urgente riprendere a curare tutti, soprattutto i fragili, quindi i pazienti oncologici, i malati cronici, le persone con disabilità più in generale che sono rimaste indietro.

Secondo noi si è fatto e si sta facendo ancora troppo poco per

riprendere a curare tutti. Nella comunicazione politica e istituzionale si parla ancora prevalentemente di Covid e molto meno di tutte le altre patologie. Anche per quanto riguarda i temi di politica sanitaria, si continua a parlare soltanto di vaccinazioni, che hanno ovviamente un peso importantissimo ed è giusto che se ne parli, ma accanto a questo bisogna affiancare sicuramente anche tutte le altre tematiche. Non si parla più di nuovi livelli di assistenza, che sono fermi dal 2017, non si parla più di Piano Nazionale della Cronicità, approvato nel 2016 e tutto ancora sulla carta, non si parla più di Patto per la Salute 2019-2021. Si è 'soltanto' ripresa una norma del Decreto agosto 2020 per il recupero delle liste di attesa, la si è inserita nel Decreto Sostegni bis attuale, prevedendo la possibilità di utilizzare il privato accreditato per sfoltire le liste di attesa e specificando che si utilizzeranno dei fondi che non sono stati spesi nel 2020 per il recupero delle liste d'attesa. Non si parla di nessun altro tipo di intervento, per cui noi ci chiediamo cosa succederà se le Regioni non faranno quello che devono. Lo Stato cosa farà? Come verranno gestiti i pazienti? Aspetteremo che si rivolgano al servizio sanitario ormai aggravati o saremo in grado di individuarli e di prenderli in carico, facendoli uscire anche da quel guscio di solitudine entro il quale il Covid ha rinchiuso molte persone?

Nella domanda accennate al problema delle mancate diagnosi in campo oncologico. Io sono preoccupatissimo perché nel 2020 la spesa per il fondo per i farmaci innovativi oncologici ha sfondato di tantissimo il tetto previsto, nonostante le mancate diagnosi di tumore. Si tratta di un problema nel problema, per il quale si sta facendo ancora troppo poco, che secondo me deve diventare una priorità di politica pubblica da qui in poi. Bisogna intervenire subito per garantire già da oggi l'accesso pieno al nostro servizio sanitario a tutti i pazienti, Covid e non Covid, in modo da farci trovare preparati nel caso (che nessuno si augura) i contagi dovessero riprendere vigore a settembre e ottobre. Non possiamo permetterci un altro stop di un anno per gli altri pazienti. Su questo io credo però si stia facendo veramente troppo poco.

Missione salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): ritiene che gli obiettivi delineati dal piano siano in linea con le esigenze di rinnovamento del nostro servizio sanitario anche nell'ottica di superare le differenze di accesso alle prestazioni presenti sul nostro territorio?

Il PNRR è una grande opportunità per la salute delle persone e per il Servizio Sanitario Nazionale. Secondo me si poteva e si doveva però fare di più, perché la salute è l'ultima missione del piano per livello di finanziamento nonostante le grandi necessità che ha ancora il Servizio Sanitario Nazionale. Ricordo che lo stesso Ministero della Salute aveva stimato in 64 miliardi di euro il fabbisogno di risorse europee da destinare al nostro servizio sanitario attraverso il Recovery Plan. Alla fine abbiamo ottenuto 18 miliardi e mezzo di euro, una cifra molto inferiore rispetto a quella individuata dal Ministero, che va gestita e utilizzata al meglio.

Nel PNRR si punta giustamente su un tema, quello dell'assistenza territoriale, molto funzionale al sostegno delle cronicità, che sono sicuramente una priorità per la sanità pubblica, e si individuano come filoni quelli dell'assistenza domiciliare, delle case e degli ospedali di comunità. Il rischio da scongiurare è che a fronte di un

investimento sull'infrastruttura, perché il PNRR crea l'infrastruttura del territorio, si tralasci di delineare le modalità del modello di presa in carico delle cronicità e i rapporti tra tutti i professionisti sanitari coinvolti. Come lavoreranno dentro queste strutture mediche di famiglia, infermieri di famiglia, fisioterapisti, psicologi? Il modello di presa in carico può sicuramente essere quello proposto dal Piano Nazionale della Cronicità, ma questo stesso piano ha bisogno di due cose: di essere implementato e contemporaneamente di essere ammodernato. Pensiamo all'esperienza importantissima della telemedicina e a come ne è stato potenziato l'utilizzo durante la pandemia e alle altre innovazioni che hanno coinvolto i professionisti sanitari. Si è creata, per esempio, la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, che non era prevista nel Piano Nazionale della Cronicità.

Venendo poi al tema delle disuguaglianze di accesso alle cure sul nostro territorio, il PNRR sicuramente intende irrobustire e rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale nell'aspetto in cui oggi è più debole, quello dell'assistenza territoriale, e lo fa pensando a un rafforzamento uniforme su tutto il territorio nazionale. Questo però non basta a ridurre le disuguaglianze, bisogna sicuramente affiancare altre riforme. So che al Ministero stanno lavorando a degli standard dei servizi sanitari territoriali ed è fondamentale che questi standard siano approvati velocemente e fatti conoscere nel più breve tempo possibile, perché così i cittadini e i pazienti cronici sapranno cosa possono e devono aspettarsi dal nord al sud del nostro paese in termini di offerta di servizi sociosanitari territoriali. Oltre a questo, deve essere messa in campo anche una risposta in termini di personale. Se creo case della comunità e ospedali di comunità nella Regione Campania o nella Regione Calabria, ma non ho il personale necessario per garantire l'operatività e l'assistenza piena all'interno di queste strutture, avrò creato delle cattedrali nel deserto.

E poi bisogna anche ragionare sull'ammodernamento delle competenze dei professionisti sanitari. Durante la pandemia si è sperimentata una grande innovazione, perché categorie che prima non avevano la possibilità di vaccinare ora possono farlo. Bisogna continuare su questa strada.

Ovviamente tutto questo non basta per ridurre le disuguaglianze perché la pandemia ci ha messo di fronte a un'altra grande evidenza e cioè che posso avere tutti i finanziamenti voglio, ma se il modello di governance tra lo Stato e le Regioni non funziona perfettamente, stanziando delle risorse che alla fine non riesco a spendere (la stessa Corte dei conti ha comunicato che una parte delle diverse centinaia di milioni di euro stanziati per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale non è in realtà stata utilizzata). C'è quindi una carenza che attiene anche al modello di governance tra lo Stato e le Regioni. Credo che lo Stato debba fare di più lo Stato, le Regioni debbano fare di più le Regioni. Questo per dire che lo Stato deve avere un ruolo più forte di monitoraggio, coordinamento, accompagnamento ma anche di intervento, laddove ci sia un'inerzia eclatante delle Regioni.

Quello che purtroppo abbiamo sperimentato finora è stato un federalismo dell'abbandono delle Regioni da parte dello Stato centrale e un federalismo poco solidale da parte delle Regioni. Secondo me è importante che siano superati sia il concetto di federalismo dell'abbandono da parte dello Stato sia quello di un federalismo poco solidale da parte di alcune Regioni. ■ ML