

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