

PNRR: verità, retorica, aspettative e bisogni reali



Sarà il tormento dei prossimi anni: un lungo malcelato duello tra quella sovrastruttura del sistema sanitario disegnata nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e la semplicità disarmante a cui dovrebbe ispirarsi un buon dirigente sanitario del nostro Paese per porre fine o almeno cominciare a modificare le palesi arcinote carenze, inefficienze e storture storiche di quello che, malgrado tutto, nella sua mediana resta un eccellente sistema sanitario pubblico, come il nostro SSN.

La necessità di approvvigionarsi di risorse ha spinto alla definizione di un insieme di progetti che costituiscono il PNRR.

Nei prossimi numeri analizzeremo la complessa struttura e le connessioni che legano i sistemi di erogazione delle risorse europee a obiettivi complessivi a livello di unione e dei sottosistemi nazionali.

Il PNRR ha una vera valenza di innovazione politica. Prefigura, e non era affatto scontato sinora, l'esigenza di un maggiore "allineamento" strutturale dei sistemi sanitari dei singoli Paesi membri.

Non ancora una vera sanità europea, ma un primo passo verso un'integrazione tra Paesi che alcuni ingenui ricercatori continuano stancamente a confrontare tra loro, malgrado manchi l'elemento base di qualunque comparazione: l'omogeneità strutturale dei servizi sanitari. Questi sistemi sanitari hanno mostrato i limiti e le eccellenze valoriali proprio in condizioni di stress epidemico.

Mediamente hanno reagito meglio i sistemi "intensivi" nelle strutture e nel personale: capaci di adattare in tempo reale le accresciute esigenze della domanda emergenziale, hanno utilizzato l'elevato rapporto tra personale medico/assistenziale non-medico (già molto elevato nel Regno Unito, 1:3,2) aumentando, grazie a finanziamenti, *ad hoc*, complessivamente quasi un miliardo di sterline, la quantità e qualità della forza lavoro, medica e non medica, per accrescere l'offerta a fronte di una domanda in rapida crescita.

Stime europee, condotte da noi per l'Italia, parlano di un aumento di circa 8,5 volte del tasso di consultazioni in remoto negli ultimi 17 mesi. La carenza di personale medico e non medico viene considerata da tutti la vera limitazione della capacità adattiva dei sistemi territoriali, in particolare di quello italiano.

A fronte di una capacità riorganizzativa degli ospedali [reparti COVID, triplicazione delle Terapie Intensive (TI), rimodulazione delle competenze di alcuni reparti specialistici – malattie infettive e pneumologie in particolare], la Medicina Generale non solo non ha avuto un solo euro di allocazione straordinaria, ma in molte realtà regionali ha anche perso l'assistenza infermieristica in quanto utilizzata per assunzioni straordinarie in reparti COVID e poi ha dovuto utilizzare le poche, insufficienti strutture di cui dispone, spingendo all'estremo limite l'impiego del tempo, delle risorse umane e degli spazi disponibili.

Le proposte del PNRR sono in grado di affrontare "strutturalmente" queste carenze?

A mio parere no e per i molti motivi che stiamo descrivendo attraverso un'analisi che prescindendo dal metodo, poco utile, dell'esame tecnico di numeri, grafici e supposizioni organizzative.

Ci stiamo proponendo al contrario un metodo di lavoro che si contrapponga agli strumenti classici dell'"economia politica tradizionale" che studia soluzioni a tavolino e poi adatta le risorse a modelli teorici.

Il metodo è quello della visione evolutiva dei modelli sanitari da non considerare come una variabile indipendente dei modelli sociali.

How to cite this article: Cricelli C. PNRR: verità, retorica, aspettative e bisogni reali. Rivista SIMG 2021;28(3):3-10.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

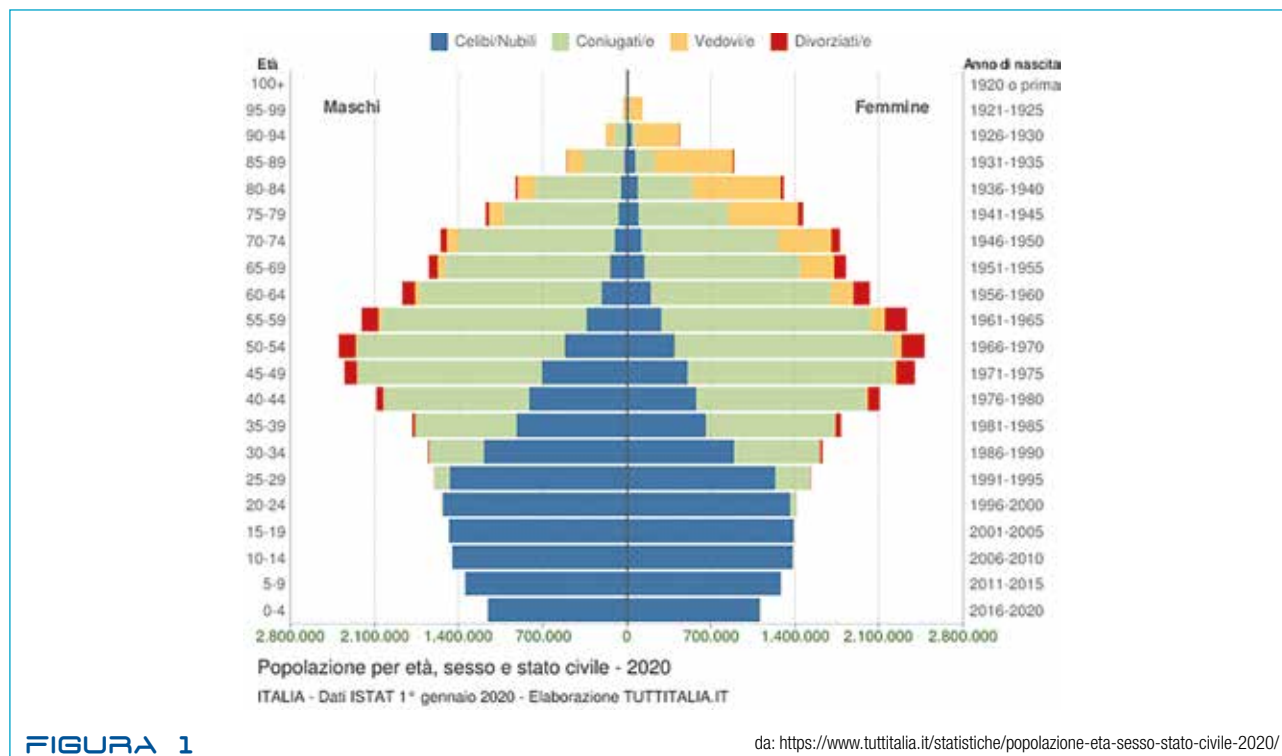


OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Diventa allora necessario definire prioritariamente la visione della società del Paese adattando poi i modelli sanitari a essa, all'evoluzione dei modelli sociali, alla visione politica del Paese e all'epidemiologia delle popolazioni... e non viceversa.

Il ragionamento deriva dal fatto che la popolazione in carico alle Cure Primarie (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) è una replica totalmente fedele della composizione della popolazione italiana e che la crescita relativa della popolazione per fasce d'età si concentra oltre i 55 anni: gli over 65 sono il 37,3% e gli over 45 sono il 54,4% (Fig. 1).



Una sommaria analisi della composizione per classi d'età degli italiani, ci fa comprendere come evolverà e a chi saranno destinati i servizi sanitari del Paese, in particolare quelli territoriali (Fig. 2).

Cresce l'età media, diminuisce la natalità, aumenta l'indice di vecchiaia (Fig. 3).

Il saldo naturale e quello totale della popolazione diminuiscono progressivamente e peggiora il bilancio demografico. Sempre più vecchi e sempre meno giovani. Sempre più pazienti cronici, fragili, disabili. Maggiore l'esigenza di presa in carico domiciliare, assistenza alla persona, servizi erogati a casa o in prossimità della casa (Fig. 4).

Inoltre, l'età media varia dal massimo della Liguria – 48,72 anni – al minimo della Campania – 43,79 – e la distribuzione dei bisogni di salute, di sanità e di cura sono diversamente distribuiti per macroregioni, regioni e subaree locali, con differenze sostanziali ed elevate (Fig. 5).

La popolazione continuerà a invecchiare e le coorti sopra i 55 anni diventeranno predominanti.

I sistemi sanitari, di salute, di assistenza dovranno concentrarsi sull'evoluzione demografica aggiustata per l'epidemiologia sanitaria della popolazione (Figg 6, 7):

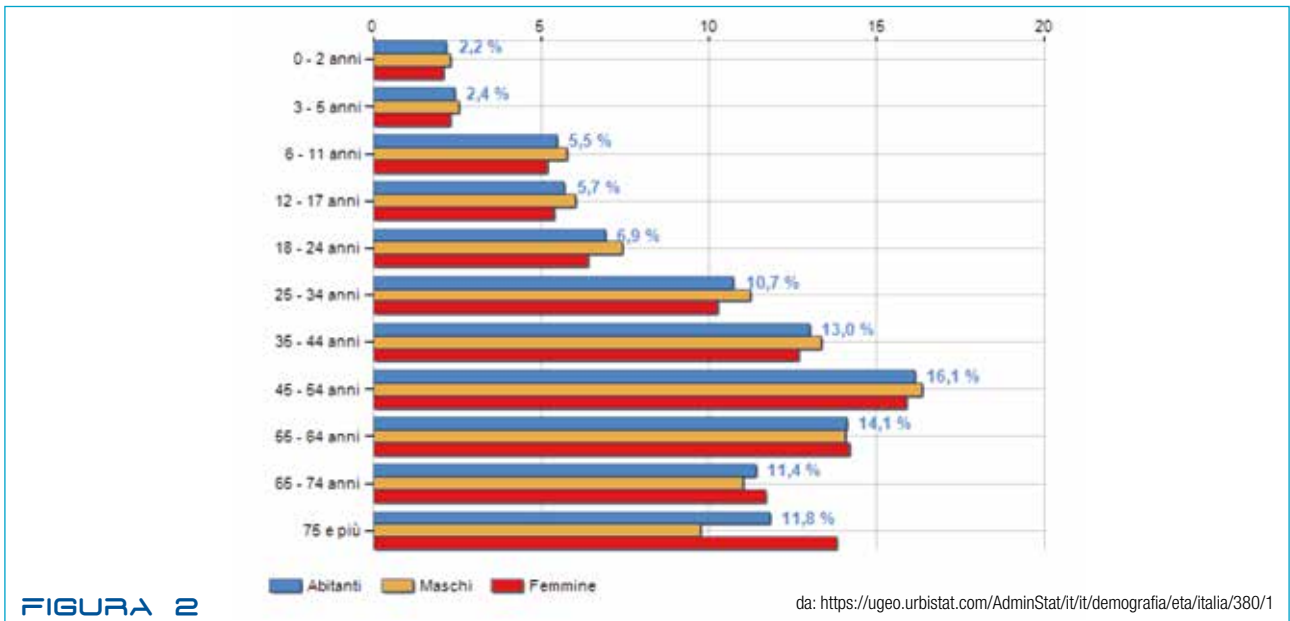


FIGURA 2

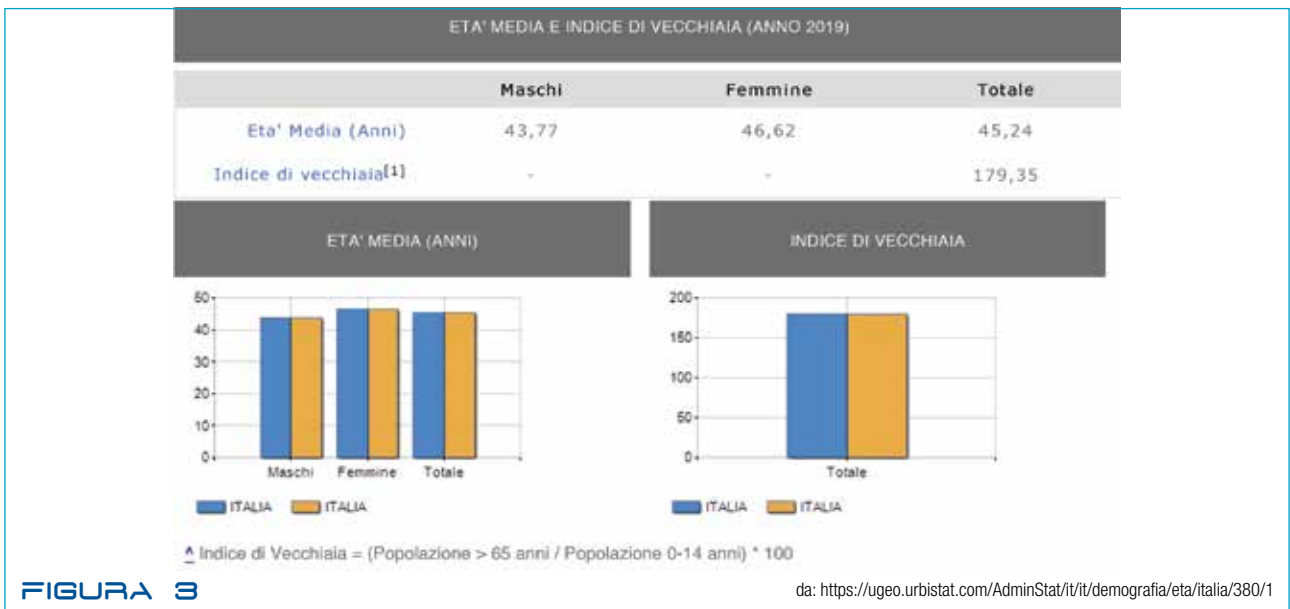


FIGURA 3

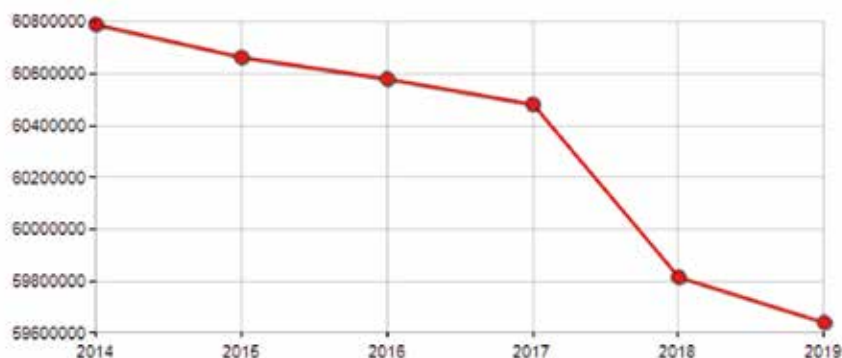
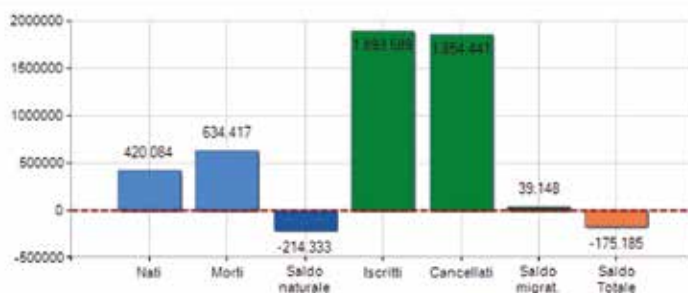
- aumenterà progressivamente l'indice di dipendenza degli anziani;
- essi dovranno essere curati e assistiti a casa o in strutture di surroga della casa;
- gli spostamenti si ridurranno progressivamente;
- i servizi centralizzati devono essere sostituiti da servizi all'individuo prestatati in prossimità del domicilio: visite domiciliari, assistenza alla persona, pasti, farmaci.

I valori sociali e la missione/visione politica del Paese sono il fondamento indispensabile per la "concettualizzazione" dei modelli strutturali dei sistemi sanitari del Paese stesso.

Come caso di studio possiamo applicare la "Teoria della preferenza rivelata" di Samuelson ai "quasi-mercati" dei servizi sanitari pubblici e del SSN.

BILANCIO DEMOGRAFICO (ANNO 2019)		TREND POPOLAZIONE		
Popolazione al 1 gen.	59.816.673	Anno	Popolazione (N.)	Variazione % su anno prec.
Nati	420.084	2014	60.792.286	-
Morti	634.417	2015	60.665.551	-0,21
Saldo naturale^[1]	-214.333	2016	60.582.153	-0,14
Iscritti	1.893.589	2017	60.483.973	-0,16
Cancellati	1.854.441	2018	59.816.673	-1,10
Saldo Migratorio^[2]	+39.148	2019	59.641.488	-0,29
Saldo Totale^[3]	-175.185	Variazione % Media Annuale (2014/2019): -0,38		
Popolazione al 31° dic.	59.641.488	Variazione % Media Annuale (2016/2019): -0,52		

BILANCIO DEMOGRAFICO



- ▲ Saldo Naturale = Nati - Morti
- ▲ Saldo Migratorio = Iscritti - Cancellati
- ▲ Saldo Totale = Saldo Naturale + Saldo Migratorio
- ▲ Tasso di Natalità = (Nati / Popolazione media) * 1.000
- ▲ Tasso di Mortalità = (Morti / Popolazione media) * 1.000
- ▲ Tasso Migratorio = (Saldo Migratorio / Popolazione media) * 1.000
- ▲ Tasso di Crescita = Tasso di Natalità - Tasso di Mortalità + Tasso Migratorio

FIGURA 4

da: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/popolazione/italia/380/1>



“Paul Samuelson ha proposto di dedurre le preferenze dei consumatori osservandoli mentre fanno le loro scelte. Invece di porre delle domande sulle loro preferenze, proponendo una serie di panieri o complessi di beni allo scopo di ottenere le curve d'indifferenza, la teoria della preferenza rivelata si limita a osservare il comportamento del consumatore. Infatti, facendo gli acquisti, il consumatore rivela le sue preferenze, le quali sono dedotte dalle scelte che quest'ultimo pone”.

- I sistemi sanitari sono “concettualizzati” come funzioni dei sistemi sociali, sono radicati e i loro servizi determinati dai bisogni della società e delle sue componenti “comunitarie e microcomunitarie/individuali”.
- Non è solo importante costruire un sistema di sanità universale (efficacia), ma garantire l'accesso equo e la fruizione semplice a ogni singolo individuo (efficienza).

FIGURA 6

da: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_pyramids,_EU-27,_2019_and_2100.png

Population pyramids, EU-27, 2019 and 2100
(% of the total population)

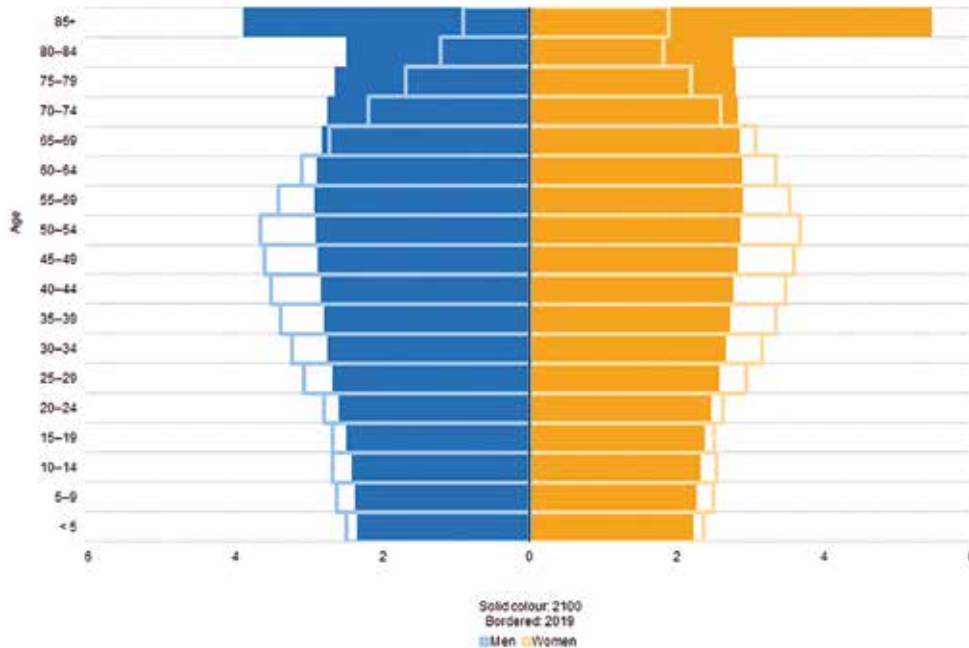
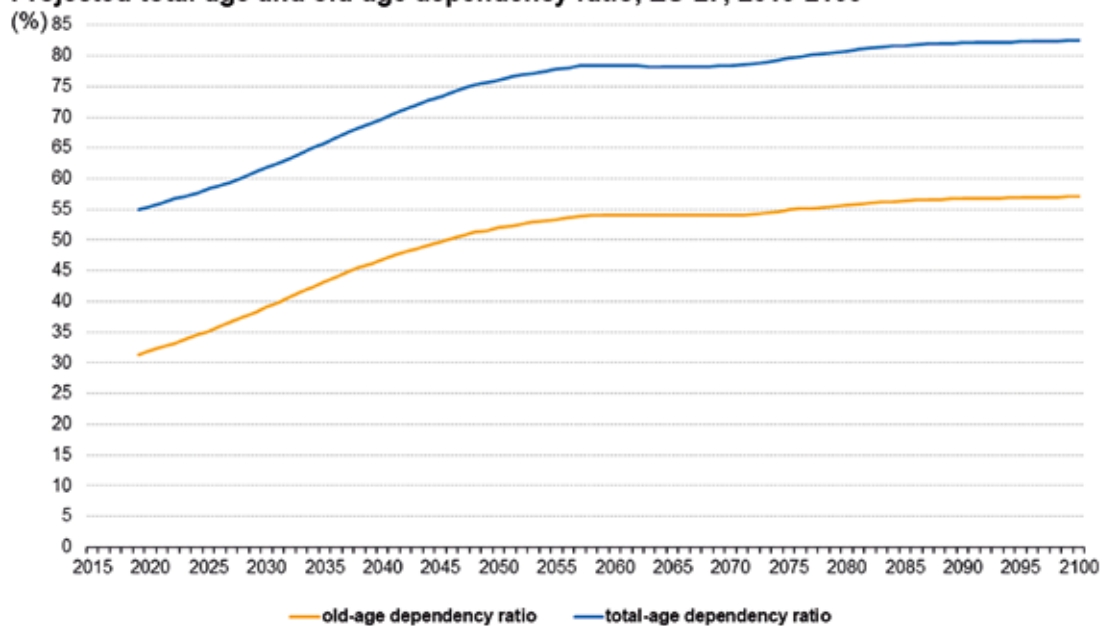
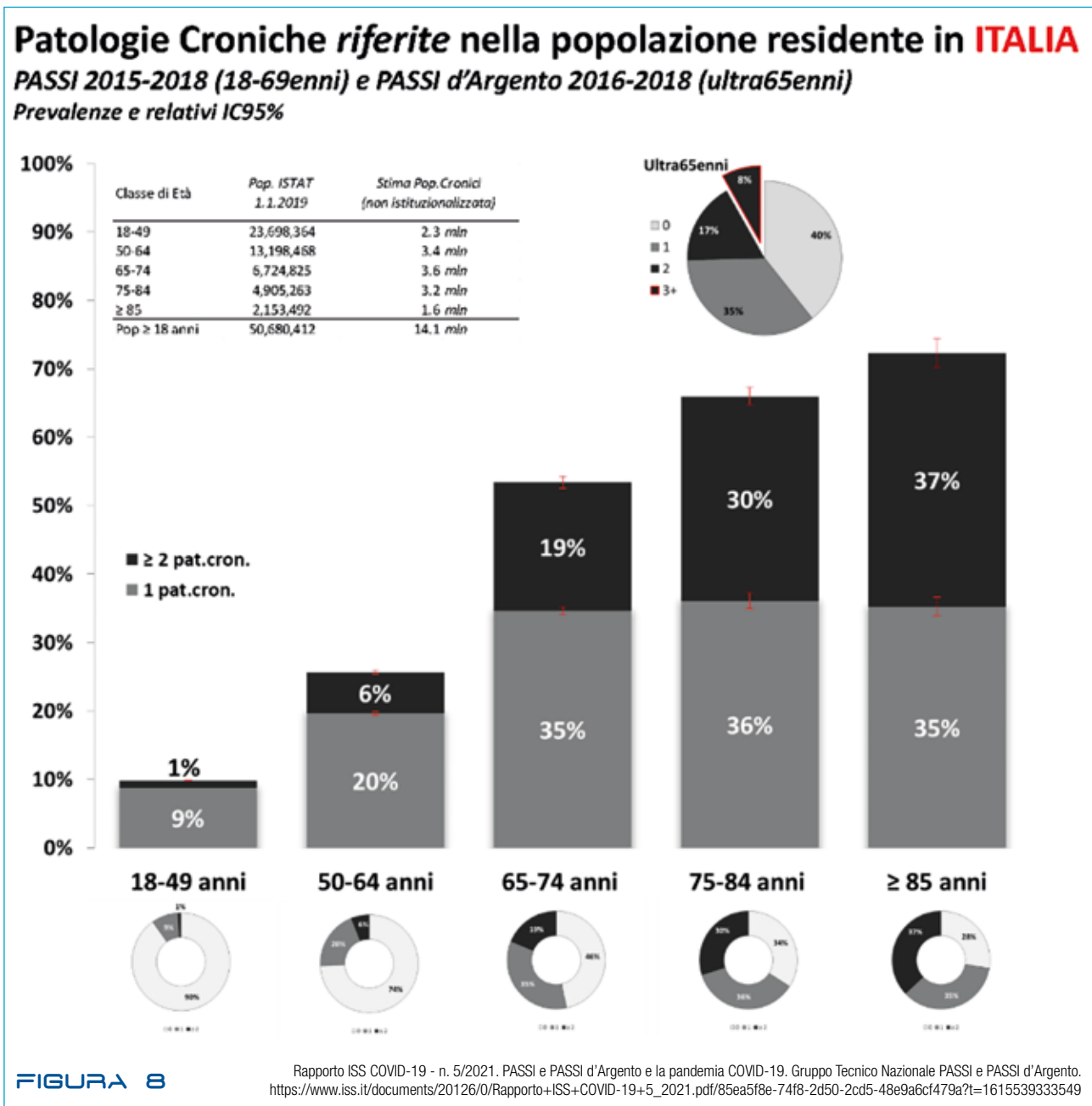


FIGURA 7

da: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Projected_total-age_and_old-age_dependency_ratio,_EU-27,_2019-2100_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Projected_total-age_and_old-age_dependency_ratio,_EU-27,_2019-2100_(%25).png)

Projected total-age and old-age dependency ratio, EU-27, 2019-2100





Lascio ad altre analisi e ad altra sede la valutazione del PNRR nei suoi dettagli e nelle sue implicazioni per le cure territoriali del nostro Paese.

Ho cercato al contrario di condurre un'analisi politica del PNRR MISSIONE 6 e collegamenti.

Le considerazioni che proponiamo al dibattito in corso sono che LA MISSIONE 6 e collegamenti finanzia, struttura e non alloca risorse per i servizi, applica una tecnica di finanziamento e non quella appropriata di allocazione secondo i bisogni e il criterio di beneficio dell'utenza del PNRR.

Elimina senza esplicitarlo il vecchio seppur imperfetto sistema Hub-e-Spoke (H&S) in cui la Medicina Generale aveva tuttavia una relazione spoke con l'hub Distretto, Asl, Ospedale, proponendo una illogica concentrazione centralistica dei servizi sanitari.

- I sistemi H&S sono propri dell'ottimizzazione economica della Managed Care Assicurativa americana che concentra nell'Hub il massimo dei processi, funzioni e servizi "sottraendoli" allo spoke.
- I sistemi di sanità pubblica – SSN – sono al contrario sistemi distribuiti, ottimizzati non per il valore economico, ma per la fruizione dei servizi da parte degli individui e delle comunità.
- Il PNRR propone al contrario una radicale inversione del flusso di cura e concentra la presa in carico su stazioni centrali, eliminando le reti del territorio.
- La struttura tecnocratica del PNRR rivela un pensiero "arcaizzante" della società moderna.

Draghi: portare la sanità a casa degli italiani.

PNRR: portare gli italiani alle case di comunità.

Le vere comunità stanno intorno agli individui e alle famiglie che le costituiscono.

In termini di organizzazione si configurano servizi "per" le comunità che vanno tuttavia erogati agli individui e alle loro aggregazioni "primarie", famiglie, sistemi sociali, territoriali, ecc.

Il PNRR è il risultato di una visione vetusta dell'economia politica classica che vede nell'accentramento dei servizi la soluzione tecnocratica ai bisogni evolutivi della società moderna.

Modelli a confronto: andare ai servizi o ricevere i servizi, mall/outlet vs Amazon, cattedrali vs parrocchie, anagrafi municipali vs presidi decentrati, filiali vs agenzie vs home banking vs App, ricetta dematerializzata vs ritiro fisico cartaceo, approccio microeconomico vs approccio macroeconomico.

Conclusione

La sanità pubblica e la salute degli individui sono i motori dell'equità sociale, del welfare e dell'economia e costituiscono il fondamento del concetto di democrazia del Paese.

Nota finale

Giorni fa mi è stato chiesto un parere sulle presunte limitazioni della libertà personale legate alle pratiche vaccinali e all'impiego del Green Pass. Ho osservato che i peggiori nemici della libertà dell'uomo sono la tirannide e la povertà. Peggior di esse è solo la malattia, che colpisce tutti gli esseri umani e rappresenta la peggiore e dolorosa limitazione della libertà.

COVID-19 assomma tutti i malefici e le limitazioni della libertà: colpisce gli uomini, provoca morte, malattia, povertà e limitazioni della vita personale e collettiva.

Mitigazione sociale, vaccinazioni e Green Pass sono quindi gli strumenti indispensabili per combattere la tirannide delle malattie e restituirci la libertà.