

Il PNRR affossa la sanità pubblica e di massa

La missione numero 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) adottato dal governo Draghi, quella incentrata sul tema "Salute", è articolata in due componenti con un finanziamento di 15,63 mld che arrivano a circa 20,2 mld complessivi con altri finanziamenti (React EU e fondi complementari).

E' il finanziamento più basso delle 6 missioni, assolutamente insufficiente e ben lontano dal recuperare i 37 mld di tagli che il SSN ha subito negli ultimi 10 anni. Un SSN che da prima della pandemia era in grandissima crisi a causa di decenni di tagli e sottofinanziamento, depotenziamento delle attività territoriali, investimenti in edilizia ospedaliera fermi da moltissimi anni, assenza totale di manutenzione, carenza cronica di personale, frammentazione e disuguaglianze regionali.

Un rilancio del SSN richiederebbe investimenti molto maggiori di quelli previsti dal PNRR del governo Draghi: i 20,23 mld previsti sono poco meno del 17% del fabbisogno sanitario annuo (arrivato a 121,37 mld a seguito dell'ultima manovra (L. 178/2020). Ma la politica di Draghi punta a destinare il grosso dei fondi nelle mani dei monopoli finanziari.

Nel Piano nulla si dice dei 37 mld tagliati nell'ultimo decennio, dei 10.000 posti letto in meno (ridotti del 40% rispetto al 1997) e dei 42.800 dipendenti a tempo indeterminato in meno. Niente a proposito delle strutture private accreditate (che valgono il 23,3% dei posti letto di degenza ordinaria, in Puglia il 40%, in Lombardia il 38%) e del disinvestimento nella sanità pubblica

Nell'ottobre 2020 il ministro della Salute Roberto Speranza annunciò l'arrivo imminente di un piano di rilancio della sanità italiana da 65 miliardi di euro. Ad oggi invece, per la sanità la dote complessiva è di 20,2 miliardi, di cui 9 per potenziare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 11,22 per l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Nel PNRR non appare l'obiettivo di assicurare l'universalità del diritto alla salute e il rafforzamento del SSN in particolare nelle regioni del Sud e nelle aree interne.

Manca completamente un piano di assunzioni.

Il Governo Draghi punta a investire nell'aggiornamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, e nelle infrastrutture ospedaliere, ad esempio con interventi di adeguamento antisismico.

Il Piano rafforza l'infrastruttura tecnologica per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati, inclusa la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Dietro questi investimenti ci sono gli interessi delle grandi aziende elettromedicali, assai più che il diritto alla salute della popolazione.

Il Piano propone di investire nell'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e prevede di attivare 1.288 Case di comunità e 381 Ospedali di comunità. Si parla di potenziare l'assistenza domiciliare per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, la telemedicina e l'assistenza remota, con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali.

A prima vista sembrerebbe una operazione di facciata, cioè l'uso di un nome nuovo per chiamare delle cose vecchie come infatti sono oggi le "Case della salute" che a loro volta altro non sono se non la riedizione dei poliambulatori Inam di circa un secolo fa.

Ci viene detto che la Casa di comunità è una idea di servizio pubblico ma con una nuova

forma di gestione sociale. Questa interpretazione a ben vedere non è altro che la traduzione dell'idea di un welfare che non viene più gestito direttamente dall'azienda pubblica ma viene gestito o co-gestito soprattutto da chi ritiene di rappresentare la comunità, in particolare il terzo settore (cooperative, volontariato, fondazioni, etc., in cui vige lo sfruttamento intensivo dei lavoratori).

Le Case di comunità verranno istituite in termine di numero di abitanti e non in termine di densità abitativa - così ad esempio in una regione come la Basilicata avremo 2 case di comunità distanti circa di 470 km una dall'altra!

Le due componenti della Missione 6 affrontano aspetti che non sono idonei per accrescere e migliorare il SSN di fronte alle sfide future derivanti dall'evoluzione del quadro epidemiologico. Non si prevede nulla riguardo, ad esempio:

- a. la funzione di prevenzione e di sorveglianza epidemiologica sui focolai e in genere negli ambiti territoriali caratterizzati dalle peculiarità dei vari territori e delle rispettive comunità
- b. la funzione dei servizi sanitari non ospedalieri da ridefinire congiuntamente a quelli ospedalieri in modo da assorbire possibili (e prevedibili) picchi di domanda derivanti da nuove e diverse ondate epidemiche/pandemiche ovvero da altri tipi di maxiemergenze sanitarie;
- c. la capacità di adeguamento rapido della risposta ospedaliera rispetto ai picchi di domanda sopra indicati;
- d. la minimizzazione dell'impatto che eventuali ondate epidemiche/pandemiche o altri tipi di maxi-emergenze sanitarie determinano sul trattamento delle altre patologie acute e croniche;
- e. la promozione dell'integrazione reale di tutta la filiera sanitaria e sociosanitaria;
- f. ulteriori aspetti per la qualificazione dei servizi sanitari (non solo tecnologici, digitali e di sicurezza) ma anche sul versante della capacità di rispondere ai bisogni sanitari di massa in maniera tempestiva (tempi di attesa enormi nelle strutture pubbliche) ed efficace.
- g. gli squilibri e le disparità territoriali.

Dall'analisi del PNRR risulta evidente una totale sottovalutazione degli effetti della pandemia che ha evidenziato la vulnerabilità dei sistemi sanitari di fronte a tassi di contagio elevati e altre debolezze strutturali. Manca completamente il rafforzamento strutturale e di risorse della Prevenzione, per rispondere alla minaccia di una prevedibile evoluzione del quadro epidemiologico con la prospettiva di periodici ingressi nel nostro paese di malattie infettive emergenti.

Il tema salute appare quindi affrontato in termini riduttivi e solo in riferimento ad alcuni limitati aspetti e settori dell'organizzazione sanitaria e connessa a finalità più ampie solo per gli aspetti di ricerca e di digitalizzazione del SSN.

Il PNRR rivela la natura di classe del suo impianto dal momento che manca qualsiasi riferimento alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Sul piano programmatico, dunque, il PNRR, al di là della facciata, rappresenta la negazione di una politica sanitaria di massa basata sulla prevenzione, di una strategia di attacco verso le radici eziologiche e sociali delle varie patologie che compromettono lo stato di salute dei lavoratori e della popolazione.