

INCHIESTA SUL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

La rivoluzione mancata della sanità dopo il Covid

Per la salute grandi promesse, ma poca sostanza: medici, infermieri e ospedali riceveranno meno denaro del piano casa. Ma con una popolazione che invecchia, i costi della salute sono destinati ad aumentare, così la riforma diventa un grande esperimento di transizione digitale nella speranza che i risparmi generati mantengano il sistema sostenibile

GIOVANNA FAGGIONATO E DAVIDE MARIA DE LUCA

ROMA

«Il sistema sanitario è il nostro bene più prezioso». Quando a partire dallo scorso settembre il ministro della Salute Roberto Speranza ha iniziato a parlare del futuro della salute in Italia non ha lesinato sulle espressioni grandiose.

L'arrivo delle risorse del Recovery fund e il desiderio generale di vedere riformato un sistema sanitario che aveva appena dovuto affrontare una pandemia da 120 mila morti, sembravano giustificare le aspettative più radicali.

In quei giorni, Speranza diceva di aspettarsi un investimento complessivo di 68 miliardi di euro nella sanità, una cifra colossale, circa metà dell'intera spesa sanitaria italiana di un anno. Quelle promesse e quelle aspettative sono finite nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, il famoso Pnrr. Ultimato da pochi giorni, il piano è composto da migliaia di pagine, che includono gli indirizzi di riforma sanitaria, gli investimenti «straordinari» e gli orientamenti della spesa sanitaria ordinaria. Domani ha potuto esaminarlo nel dettaglio e quello che emerge è un piano con ambizioni molto più ridotte di quelle immaginate da Speranza.

Le risorse assegnate alla sanità sono 20 miliardi, meno di un terzo di quelle chieste dal ministro, meno di quelle assegnate al piano casa e meno dei 37 miliardi di euro che, secondo i calcoli della Fondazione Gimbe, il sistema sanitario italiano si è visto tagliare negli ultimi dieci anni.

Di fronte alla scarsità di risorse che sono state attribuite alla salute, il ministero ha tentato una scommessa azzardata: investire nelle cure domiciliari e nel digitale nella speranza di generare sufficienti risparmi da mantenere il si-

stema sostenibile con le poche risorse assegnate.

Si tratta di una impostazione concordata e suggerita dalla Commissione europea che, per fare i conti con l'invecchiamento della popolazione, sta spingendo da anni per la transizione digitale dei sistemi sanitari. Sarà anche una occasione di business per le imprese, a cui l'Italia arriva con un livello di cultura digitale ancora molto basso e con pochissima consapevolezza di temi come la gestione dei dati sanitari.

La «Cenerentola»

Il passaggio dal governo Conte a quello guidato da Mario Draghi non ha segnato un cambio di atteggiamento nei confronti della sanità. La «Missione 6» del Pnrr, che riguarda la salute, si è vista assegnare la stessa cifra, un limite superiore difeso con fermezza dal ministero dell'Economia, sia sotto la guida di Roberto Gualtieri che di Daniele Franco.

In un piano di riforma che, diplomaticamente, cerca di accontentare tutti i numerosi attori, pubblici e privati, che si occupano di sanità, il totale dell'investimento è uno dei punti più controversi. «La sanità è tornata a essere Cenerentola, sia per l'esiguità delle risorse che le sono state destinate, sia per il fatto che nessun partito della variegata maggioranza ha ritenuto di farne la propria bandiera dentro il Pnrr», ha detto una settimana fa Carlo Palermo, segretario del sindacato dei medici dirigenti Anaao.

«È del tutto evidente che chi lavora in sanità avrebbe voluto un aumento delle risorse complessivamente assegnate alla

Missione 6 e un aumento per tutte le misure della sanità territoriale», dice Tiziana Frittelli, presidente di Federsanità, l'organizzazione che riunisce aziende sanitarie pubbliche ed enti locali.

Oltre agli investimenti, nel Pnrr viene delineato anche il futuro del finanziamento ordinario del sistema sanitario. Oggi, il fondo sanitario nazionale ammonta a 121 miliardi di euro e il governo promette di farlo crescere di qui al 2027 al ritmo dell'uno per cento l'anno. Considerata l'inflazione e l'invecchiamento della popolazione, significa sostanzialmente mantenere il finanziamento stabile o in leggera contrazione.

La speranza è che gli investimenti in digitalizzazione e sanità territoriale porteranno a una diminuzione delle ospedalizzazione e quindi a un risparmio sulle spese correnti, così da mantenere stabile il livello dei servizi.

Per esempio, il nuovo sistema di cure territoriali comporterà costi aggiuntivi per 1,3 miliardi di euro nel 2027, che verranno compensati per 180 milioni grazie all'aumento del fondo e per il resto da risparmi ottenuti dall'abbattimento di più dei due terzi degli accessi ai pronto soccorso, del 90 per cento dei codici bianchi e del 60 per cento di quelli verdi.

La riforma: il territorio

Il piano prevede di investire in alcuni settori che da decenni sono un punto debole del nostro sistema: 537,6 milioni saranno destinati a finanziare 4.200 borse di specializzazione, il collo di bottiglia che mantiene basso il numero di medici nel nostro paese. Mentre un altro mezzo miliardo andrà a finanziare la ricerca biomedica.

A parte queste spese necessarie, il piano di investimenti nella salute contenuto Pnrr si divide in due

parti: territorio e digitalizzazione.

Sette miliardi saranno destinati al potenziamento della sanità territoriale, il tema diventato centrale con l'arrivo della pandemia. La sanità territoriale è la prima barriera di difesa non solo contro un'epidemia, ma anche contro le malattie croniche che affliggono una popolazione sempre più anziana. Investire sul territorio significa alleggerire il carico di lavoro degli ospedali che in Italia, mol-

to più che in altri paesi, sono ancora i principali distributori di cure. L'investimento più grande di questo capitolo è quello nelle cure domiciliari, ben quattro miliardi di euro. Di questi, 2,72 miliardi saranno destinati a pagare personale, come medici di medici-

na generale e infermieri, e i servizi necessari a portare le cure direttamente a casa dei pazienti. Si tratta di un'aggiunta recente al piano e la cui approvazione è definita da fonti del ministero della Salute un «capolavoro» diplomatico. Non sono infatti spese per investimenti veri e propri, cioè spese una tantum, ma spesa corrente, che andrà finanziata anche dopo l'esaurimento delle risorse europee.

Il sistema si regge sulla creazione di 602 centri di coordinamento territoriale, uno ogni 100 mila abitanti, dotati di sistemi di intelligenza artificiale, che dovrebbero disporre dei dati di pazienti in tempo reale, grazie all'uso di dispositivi come i pacemaker, e collegati al sistema delle emergenze. In questo modo sarà possibile «diminuire il numero di sanitari necessari per ogni paziente che necessita cure domiciliari senza di-

minuire la qualità» del servizio, si legge nel piano.

L'obiettivo è arrivare a fornire cure casalinghe ad almeno il 10 per cento degli ultra 65enni, riducendo notevolmente il carico di lavoro degli ospedali. Un traguardo ambizioso, che punta non solo a recuperare il divario con l'Europa, ma a superare di gran lunga l'attuale media europea del sei per cento.

Per calcolare i diversi livelli di cura richiesta dai pazienti over 65 sono state prese come riferimento le tre regioni con le migliori performance: Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, regioni del nord-est e del centro che però per numero di anziani e di livello di salute rischiano di essere molto diverse dalle aree del meridione.

Il resto degli investimenti nella sanità territoriale è destinato alle infrastrutture. Il piano prevede di investire due miliardi di euro nella costruzione di "case di comunità", una sorta di poliambulatori locali, dotati di punti prelievo, ispirati soprattutto all'esperienza delle case della salute dell'Emilia-Romagna, che riuniranno medici di famiglia, specialisti impiegati amministrativi e infermieri, senza disporre però di un finanziamento ad hoc per il personale, a parte quello per i contratti di nuovi infermieri.

Un altro miliardo è destinato alle cosiddette "cure intermedie", cioè l'investimento in ospedali di ridotte dimensioni, un livello di cure superiore alla casa di comunità, ma inferiore a quello degli ospedali veri e propri.

La riforma: digitalizzazione

Alla seconda parte del piano sono destinati 8,6 miliardi, inclusi i finanziamenti per ricerca e formazione. L'investimento in telemedicina, caldeggiato dalla Commissione europea, è l'anello di congiunzione tra cure territoriali e investimento nel digitale. Quasi un miliardo di euro sarà investito nel creare infrastrutture per effettuare esami e ricevere consulti medici a distanza. Il piano, per ora, si limita a prevedere standard comuni e un bando per valutare e finanziare progetti regionali, mentre a livello centrale sarà creata una piattaforma con regole condivise da tutti i servizi regionali dove far incontrare la domanda, anche direttamente dei cittadini, e l'offerta di aziende accreditate fornitrici di servizi e apparecchi.

chi.

Altri quattro miliardi di euro an-

dranno a finanziare nuovi macchinari per le diagnosi, mentre 1,67 miliardi di euro saranno investiti per la creazione dell'infrastruttura digitale, di intelligenza artificiale e di trattamento dati, del ministero della Salute, anche a scopo di «programmazione e prevenzione». Per renderlo possibile, i fascicoli elettronici sanitari dovranno essere omogenei in tutta Italia e il piano prevede che i fornitori del supporto tecnologico per queste attività dovranno essere aziende in grado di servire più regioni.

Un grande affare

Il presidente di Confindustria digitale Cesare Avenia si dice pienamente soddisfatto della nuova allocazione delle risorse, «molto positiva» in particolare per la telemedicina: «Avere la fibra garantirà a tutti i cittadini le assistenze a distanza che possono essere molto più efficaci, costano molto meno, e riescono a dare a servizi alle persone fragili che stanno a casa, rendendo il servizio sanitario nazionale più efficiente».

Le aziende italiane aspettano la transizione da molto tempo, il fascicolo sanitario elettronico era stato finanziato già nel 2014. Il settore della sanità digitale e della telemedicina continua a crescere: nel 2019 valeva circa 18 miliardi, per il 2020 si stima una crescita del 2,3 per cento. Ma per il business dei dati sanitari le previsioni sono addirittura a doppia cifra: nel 2021 secondo Net consulting globe dovrebbe crescere del 14 per cento a 122,6 milioni di euro. A monte della filiera, infatti, servono protocolli per la gestione in sicurezza dei dati e per la loro anonimizzazione e poi tecnologie di analisi sviluppate soprattutto dalle grandi aziende, spiega Antonio Scala, presidente della Big data in health society. La transizione va di pari passo con i progetti di cloud europeo, come Gaia X, in cui però sono entrati anche operatori controversi come l'americana Palantir, che non offrono garanzie sull'uso dei dati.

In Italia la situazione per ora è frammentata. In prima linea per la telemedicina ci sono sia attori del sistema sanitario, pubblico e privato, Asl, cliniche, istituti di ricerca, sia multinazionali della diagnostica e grandi operatori della tecnologia e dell'innovazione. A Trento, per esempio, la società pubblica Farmacie comunali Spa ha avviato un sistema hi tech per il confezionamento delle dosi di farmaci per i pazienti ricoverati, e contemporaneamente l'azienda

provinciale sanitaria si appoggia al colosso del software americano Salesforce per la telemedicina.

Leonardo, che si è candidata alla gestione del cloud della pubblica amministrazione italiana, ha progettato anche per il fascicolo sanitario elettronico e soprattutto ha da poco firmato un accordo con Dompé farmaceutici per creare quella che viene già pubblicizzata come «la prima infrastruttura nazionale di sicurezza sanitaria». Ma anche un'azienda della telefonia come Vodafone, da cui proviene il ministro della transizione digitale Vittorio Colao, investe da tre anni in telemedicina, attraverso una serie di collaborazioni che vanno dalla clinica Maugeri al politecnico di Milano.

Secondo Confindustria digitale, nel piano di ripresa la parte delle infrastrutture digitali per la sanità è molto meno dettagliata rispetto a quella curata direttamente dal ministero della transizione digitale. A preoccupare Avenia è soprattutto la garanzia della interoperabilità delle piattaforme della pubblica amministrazione: «La sanità digitale è un diritto di tutti i cittadini». Finora, spiega, sul fascicolo sanitario nazionale si è proceduto a macchia di leopardo: «Abbiamo speso malissimo i fondi europei perché non c'era una chiara governance e abbiamo regioni come il Trentino in cui è quasi completo, altre in cui i cittadini nemmeno sanno che esiste».

Le critiche

Le magre risorse del Pnrr salute sono state distribuite con cura tra le varie categorie e complessivamente il piano è stato accolto positivamente da aziende e professionisti. Ma non manca chi indica potenziali criticità.

L'obiettivo dell'assistenza con telemedicina il 10 per cento degli over 65, ad esempio, «è raggiungibile in maniera equa, non aumentando il solco da sempre esistente tra il nord e il sud del paese?», si chiede Gregorio Cosentino, presidente della Associazione scientifica sanità digitale (Assd), formata da numerosi ordini delle professioni sanitarie.

Un altro ostacolo sono le competenze. «La formazione e l'aggiornamento continuo risultano infatti ancora insufficienti», dice Cosentino. Secondo le ricerche di Assd, quasi metà delle strutture sanitarie nazionali non ha ancora realizzato nessun progetto di formazione digitale. Il presidente di Confindustria digitale Avenia concorda: «Le risorse per le compe-

tenze digitali sono insufficienti: rischiamo di ripetere quello che è successo con il tracciamento: avevamo la tecnologia, la app Immuni, ma molte Asl non sapevano che farne».

Il piano non è molto generoso su questo capitolo. Gli investimenti si concentrano sull'emergenza delle borse di specializzazione. Per la formazione straordinaria sulle infezioni ospedaliere, che la pandemia ha portato in prima pagina, restano 88 milioni e «solo» 18 sono destinati alle figure chiave nelle amministrazioni sanitarie.

I medici di medicina generale che, almeno nei grandi centri, dovranno probabilmente irregimentarsi dentro le case di comunità, senza risorse aggiuntive e sacrificando in parte la loro indipendenza, sono i più critici. «Il Pnrr è ancora un contenitore con poco contenuto. Valorizza molto questa offerta di case di comunità, ma chiarisce poco cosa faranno», dice Silvestro Scotti, segretario generale della Federazione dei medici di medicina generale.

Occasione perduta?

Dietro queste critiche puntuali, aleggia un timore più grande: che le risorse insufficienti, la mancanza di ambizione e la necessità di accontentare tutte le varie categorie, abbiano eliminato la possibilità di compiere una storica riforma.

«Tenendo conto che le risorse del Pnrr costituiscono per due terzi debiti per le future generazioni, la domanda sorge spontanea: qual è il reale obiettivo della Missione salute?», si chiede Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe: «Certamente permetterà di portare i soldi a casa per mettere costose toppe ad un servizio sanitario profondamente indebolito da tutti i governi che si sono succeduti negli ultimi quindici anni. Difficilmente potrà rilanciarlo, massimizzando il ritorno delle risorse ottenute in termini di salute delle persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'investimento
Ammonta a 20
miliardi di euro,
meno dei 37
tagliati negli
ultimi 10 anni