

### Riuscirà il PNRR a rianimare il SSN?



Tiziano Scarponi

Foto: Luis Melendez

Nel documento: “Avviso ai naviganti: dieci domande sul futuro del SSN” dell’Associazione Dedalo97 viene fatta un’analisi quasi spietata sulle condizioni di salute del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Vengono elencati i sintomi e le varie cause che storicamente si sono succedute: definanziamento cronico, aziendalizzazione della sanità con obiettivo di bilancio piuttosto che assistenziale. Molta importanza viene data alla regionalizzazione spinta della gestione per cui di fatto assistiamo a 21 servizi sanitari che spesso confliggono con il governo centrale e poi, una volta raggiunta la piena autonomia, le Regioni invece accentrando tutto frantumano i servizi.

Viene indicata la cronica mancanza d’integrazione fra territorio e ospedale, l’abbandono della medicina generale, la non uniforme digitalizzazione dei vari sistemi informativi.

La parte finale del documento rimanda al nuovo assetto dell’assistenza territoriale come previsto da Dm77 che attuerebbe il PNRR. Ne analizza le criticità e le preoccupazioni che coincidono

con quello che ho scritto nel Bollettino dell’Ordine dei Medici e Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Perugia n.03/2022 che riprendo:

“...Il DM77 pianifica l’assistenza territoriale stabilendo il finanziamento, il numero delle strutture con i servizi offerti, quali e quanti professionisti da coinvolgere, fissando cioè degli standard quantitativi. Manca, però, quasi del tutto l’indicazione su come debbano funzionare e soprattutto sulla relazione fra le varie strutture dei vari “nodi” delle reti.

Si fa presto a parlare di integrazione e multiprofessionalità ma manca l’indicazione e la formazione su come lavorare in modalità integrata e multiprofessionale. Non si tiene conto, come al solito, come gli operatori del territorio abbiano contratti di lavoro diversi e pertanto problematiche sindacali e retributivi diversi, soprattutto non è esplicitato come i medici ed i pediatri di famiglia si connettano all’insieme del sistema e inoltre come l’infermiere di comunità possa diventare il coordinatore reale della quotidianità della Casa di Comunità.

Ottima l’indicazione sulla Medicina di Popolazione ma anche qui si corre il rischio di mappare il territorio solo in un’ottica di consumi sanitari tralasciando tutto quello che potrebbe essere salutogenesi e promozione della salute. Anche il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e del terzo settore viene valutato non in maniera piena e i Comuni non vengono quasi presi in considerazione.

Comunque sia, se pure con diverse ombre, ripeto che siamo di fronte ad un notevole passo in avanti. Dovremo superare la grossa criticità delle risorse umane: sempre più difficile trovare medici ed infermieri disposti a lavorare nel servizio pubblico. Qui la politica dovrà fare delle scelte sul tipo di investimento che vorrà fare in tal senso, in quanto è impensabile garantire un buon livello assistenziale senza allocare risorse finanziarie aggiuntive, il PNRR pare che sia finalizzato solo per creare strutture. Spetterà poi a noi tutti saper mediare questa nuova realtà entrando nella soggettività dei cittadini.

Chi ha sempre lavorato nel territorio sa

*benissimo che le regole e le linee guida dettate dalla scienza medica per essere assimilate e metabolizzate necessitano di una decantazione soggettiva.*

*In ospedale la maggior parte delle domande ed offerte poggiano su dei criteri più o meno oggettivi e quantitativi. Le linee guida, l'accesso alla tecnologia permettono delle risposte misurabili e attendibili. Nel territorio entrano in giuoco fattori di contesto, ambientali, sociali, emozionali,*

*spirituali che influenzano l'andamento delle cure, per cui l'approccio medico da solo non è più sufficiente. Si dovrà imparare dalla psicologia, dalla sociologia e soprattutto dall'antropologia medica la dimensione culturale secondo i "Modelli Esplicativi" della malattia per ogni paziente.*

*Vale a dire « l'insieme delle nozioni impiegate dai vari soggetti coinvolti nella cura per ricostruire le cause e il significato di un episodio di malattia ed elaborare il sapere utile per una possibile azione terapeutica. » (A.Kleinman). Tutto ciò rimanda ai ben noti concetti di Illness-disease-sicknes, a come viene vissuto e capito il rischio asintomatico rispetto alla patologia conclamata, alla discrasia tra esperienza soggettiva e valutazione probabilistica di malattia.*

*Ecco pertanto che sarà indispensabile fissare questi concetti per garantire un buon livello alla "Primary Health Care":*

- *MEDICINA NARRATIVA*
- *MEDICAL HUMANITIES*
- *COUNSELLING*
- *INTERDISCIPLINARIETA'*
- *MULTIPROFESSIONALITA'*
- *PROSSIMITA'*
- *CONTESTO*

La decima e ultima domanda che il documento pone è: *"Le case della comunità potrebbero giocare un ruolo di "ram-*

*mendo" del tessuto sociale?"* Come si può rispondere? In pratica sono le mie stesse perplessità che si traducono nel dubbio se il servizio sanitario pubblico sarà più o meno in grado di garantire un approccio sistemico e complesso.

I servizi sanitari del mondo occidentale sono tutti a rischio di implosione a causa dell'invecchiamento generale della popolazione affetta sempre più da patologie croniche in comorbidità, dalle aspettative dei pazienti che giustamente richiedono sempre più cure costose e prolungate. Sempre più oggi si parla di gestire "fenotipi complessi".

Il fenotipo complesso, lungi dall'essere una semplice sommatoria delle condizioni morbose che lo compongono, rappresenta un'entità fenomenica con caratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, necessità terapeutiche e prognosi. La gestione del fenotipo complesso richiede un approccio che vada al di là del semplice coordinamento delle varie prestazioni specialistiche, ma che si configuri come messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitati-

vi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, e che prevedano sempre di più l'empowerment del paziente e della sua famiglia e la costituzione di percorsi assistenziali in continuità ospedale territorio.

Per arrivare a questo tipo di gestione sarà indispensabile l'alleanza stretta fra gli attori dell'assistenza informale e quella formale per arrivare a delle vere e proprie comunità di cura e le Case di Comunità potrebbero giocare un ruolo di "rammendo" del tessuto sociale... lo spero!

#### **Bibliografia**

«Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care» (AA. VV. Ed. Cultura e salute editore Perugia 2021)  
«Antropologia Medica: I testi fondamentali» (a cura di I.Quaranta Raffaello Cortina Editore 2006)

#### **Linkografia**

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2099-missione-6-salute-pnrr-in-gazzetta-il-dm-77-siglato-i-contratti-istituzionali-di-sviluppo>

*Tiziano Scarponi  
Medico di Medicina Generale, Perugia*



*Foto: Derek Finch*