L'Eden non esiste

(Il PNRR dalle manipolazioni genetiche al Consenso Informato sociale)

Nessun essere umano è in grado di assorbire eventi traumatici senza riportare conseguenze, sia fisiche che psicologiche.

L'essere umano ha una sua capacità elastica all'adattamento per cercare di superare i momenti di difficoltà, le avversità, i ricorrenti bisogni, le delusioni ma contemporaneamente si ritrova il corpo ricco di cicatrici che "altri" cercano di spacciare per conquistata esperienza ma che, tutto sommato, sono il risultato di "danni collaterali" che spingono verso nuove mete.

Il PNNR delle manipolazioni intellettive, più che rivolgersi all'uomo martoriato in anni di malcelata incapacità dirigenziale, si propone di illustrare alla Next Generation EU le capacità di investimenti dei fondi che verranno "offerti" dal programma che vuole monitorare lo sviluppo verde e l'evoluzione del digitale nel nostro Paese.

Progetto ambizioso e capacità limitate nel quale la disponibilità di risorse economiche resta prerogativa dei soliti gruppi di potere che, di sicuro, non saranno partecipi della restituzione del debito alla scadenza delle garanzie post-covid.

L'uomo forte dei "poteri forti" di oscure vicende storiche, di sicuro impegno europeistico, resta il baluardo di un indebitamento senza fine e di un salto di qualità, salto velocemente capace di trasformarsi in un pericoloso salto nel buio dove, invece di qualificante formazione di crescita, si configurerà una ulteriore arretratezza e assenza evidente della presa in carico della società del futuro e della spesa sociale dei bisogni ricorrenti.

Parole Chiave : PNNR, Resilienza, Sanità, Bisogni, EU, Digitale, Progetti

Eden does not exist

(PNRR from genetic manipulation to social Informed Consent)

No human being is able to absorb traumatic events without suffering consequences, both physical and psychological.

The human being has his own elastic capacity to adapt to try to overcome moments of difficulty, adversity, recurring needs, disappointments but at the same time he finds the body full of scars that "others" try to pass off as acquired experience but which, all in all, are the result of "collateral damage" that pushes towards new goals.

The PNNR of intellectual manipulations, rather than addressing the man tormented in years of poorly concealed managerial incapacity, aims to illustrate to the Next Generation EU the investment capacity of the funds that will be "offered" by the program that wants to monitor green development and digital evolution in our country.

Ambitious project and limited capacities in which the availability of economic resources remains the prerogative of the usual power groups that, for sure, will not be involved in the repayment of the debt upon expiry of the post-covid guarantees.

The strong man of the "strong powers" of dark historical events, of sure European commitment, remains the bulwark of an endless debt and a leap in quality, a leap quickly capable of transforming itself into a dangerous leap in the dark where, instead of qualifying growth training, there will be a further backwardness and evident absence of taking charge of the society of the future and of the social spending of recurring needs.

Keywords : PNNR, Resilience, Health, Needs, EU, Digital, Projects

L'Eden non esiste

(Il PNRR dalle manipolazioni genetiche al Consenso Informato sociale)

Ciro Scognamiglio

Per il filosofo irlandese **George Berkley,** se un albero cade in una foresta e nessuno lo sente, non fa rumore. Eppure, l'albero cade e, presumibilmente, non lo fa in silenzio.

Chi vive il mondo dell'assistenza sanitaria vive molteplici contraddizioni ma, fondamentalmente, vive la continua necessità di risolvere bisogni che non ammettono deroghe.

E tutto nel più completo silenzio istituzionale.

In questi percorsi assistenziali si entra spesso in contatto con organizzazioni delle quali non si capisce l'origine, si affrontano eventi infausti, criticità oggettive, momenti di delusione, e predomina la testardaggine nel non mollare mai.

E' un continuo tira e molla nel quale, più che affrontare la morte, si "vive" la morte come una compagna di avventura che ci costringe a continue scaramucce e scelte di percorso.

Gli operatori sanitari ne sono consapevoli come sono consapevoli che il loro vissuto è un mosaico dei messaggi che trasmettono gli occhi dei pazienti che a loro si affidano, sono coloro che utilizzando il "tempo di ascolto" catturano le sensazioni che trasmettono le riflessioni e i pensieri che i loro pazienti dedicano alla loro futura guarigione, catturano attimi indescrivibili quando le mani dei pazienti cercano il contatto e si aggrappano alle mani di chi dedica loro momenti di cura con una umana assistenza non sempre compresa, respirano l'aria di vittoria o di sofferta sconfitta facendola diventare stimolo per nuove battaglie.

Ciò nonostante, nel corso degli anni, gli operatori sanitari sono stati costretti a mettere insieme un curriculum vitae per sopravvivere nella jungla delle opportunità negate e in strutture organizzative dove viene calpestata la Scienza, calpestato il Diritto, mortificato il futuro.

Strutture nelle quali un Consenso Informato, espressione di una medicina difensiva e molto distante dalle garanzie per l'utenza, si accontenta di rappresentare un fragile castello di sabbia dove si confonde un vaccino come profilassi con un vaccino come cura, dove l'utenza tutta, drogata dalla paura, si ritrova ad essere rappresentata da coatti sociali, dove un eventuale risarcimento o indennizzo per danni avversi risulterebbe confortato solo da un onere della prova viziato dall'attuale situazione contingente, dove tutte le Infezioni Correlate all'Assistenza trovano giustificazioni nell'antibiotico resistenza.

“Tuttavia, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall’accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto” (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** – pagina 222).
“Vi sono: significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.
L’esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l’importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l’erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l’analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema” (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, pagine 222-223).

La globalizzazione forzata, cancellando la “old economy” ed intaccando tutti i valori sociali, è arrivata a minare anche i parametri più garantisti di una Sanità Pubblica già più volte martoriata da continue sofferenze di organico e inaspettati debiti figli di una politica economica che ha, continuamente, allontanato l’uomo dai bisogni essenziali accompagnandolo, poco compassionevolmente, verso i fantasmi del controllo capillare tramite l’ID-PAY.

L’impoverimento culturale continuamente perpetrato nella popolazione, la giustificazione della crescente cattiva educazione, le vuote analisi epidemiologiche non seguite da risultati verificabili e concreti sono state tutte “false giustificazioni” per una costante filosofia dello spreco e delle ruberie nel mondo sanitario.

Quadro delle misure e risorse (miliardi di euro) : 7,00 Mld

Ambiti di Intervento/Misure	Totale
Riforma 1 : *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima*	
Investimento 1.1 : Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
Investimento 1.2 : Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4,00
Investimento 1.3 : Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1,00

“L’emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche” (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, pagina 225**).

Le attività territoriali, fondamentali in qualsiasi Paese a civiltà avanzata, sono diventate le sedi di pre-pensionamento per il personale in giacenza, le Case di Cura una ulteriore sottile sottrazione di risorse.

"Povera Patria, schiacciata dagli abusi del potere di gente infame, che non sa cos'è il pudore. Si credono potenti e gli va bene quello che fanno e tutto gli appartiene. Tra i governanti quanti perfetti e inutili buffoni" (***Franco Battiato - Cantautore)***.

La missione 6 del PNNR (Salute) si presenta con un alibi che non trova reali giustificazioni (… *elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul PIL risulti essere inferiore rispetto alla media UE …* pag.222).

Vale a dire presentare una dimensione della conoscenza con le paure di sempre, la dimensione dell'essere umano che si rivede eterno profugo in servizi sanitari illustrati come l'Eden ritrovato ma lasciati nel labirinto di una amministrazione che non teme critiche e procedimenti legali, ben sapendo che qualsiasi sanzione non andrebbe mai in giudicato e si rivolterebbe, inevitabilmente, sui soli assistiti.

Le disparità territoriali e le disparità nell'erogazione dei servizi, come i tempi di attesa per gli esami diagnostici e per le necessarie risposte agli eventi di rischio per la popolazione (epidemie, calamità, naturali, guerre, ecc.) si scontrano con la illogica razionalizzazione delle risorse che vede sottrarre anche risorse culturali e manageriali credibili.

Nel Piano la distribuzione delle risorse economiche e la missione organizzativa ha mire ambiziose ma, proiettata nel tempo, nessun input immediato.

Le occasioni mancate (Le Riforme Sanitarie in Italia)

Non possiamo negare che, in più occasioni, ci sono stati tentativi per mettere mano a delle riforme sanitarie in grado di rivedere la staticità storica e di reinvestire nel migliore dei modi un capitale originario che si andava affievolendo nel tempo non riuscendo più a coprire le esigenze che si presentavano all'orizzonte.

Passaggi legislativi non di poco conto, importanti per migliorare il nostro SSN e renderlo funzionale all'offerta e di più facile accesso ai cittadini.

La Legge 883 del 23 dicembre 1978 nasce con il buon proposito di rivedere il vecchio sistema delle mutue e con lo scopo di riorganizzare il mondo sanitario in modo efficiente su tutto il territorio nazionale con dignità, equità ed economicamente saldo nei risultati con un verificabile controllo degli sprechi.

Però il "criterio riparatore" è l'anima della Legge 502 del 1992 nella quale si punta alla distribuzione delle responsabilità in virtù di tre principi :

- ✓ l'aziendalizzazione degli Ospedali

- ✓ l'orientamento al "mercato"
- ✓ la responsabilità pubblica della tutela della salute alle Regioni

La Riforma-Ter 229/1999 (o Riforma Bindi) è un ulteriore importante passo avanti legislativo proiettato verso una razionalizzazione di un Servizio Sanitario Nazionale efficace ed efficiente nel quale si ridefiniscono i principi di tutela del diritto alla salute, una più corretta programmazione sanitaria e si comincia a parlare dei ben noti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Ovviamente il Piano Sanitario Nazionale (PSN) stabilisce che i LEA siano garantiti a tutti i cittadini in maniera gratuita o, dove richiesto o necessario, con la partecipazione alla spesa (ticket).

I limiti economici e funzionali dei servizi sanitari vivono in funzione di una "*forma mentis*" basata sull'evidenza e sull'appropriatezza scientifica (EBM) supportata da un valore culturale dato dagli ECM ai quali gli operatori devono attenersi a scadenza triennale così come avviene per il PSN.

Breve riassunto della Storia del SSN

1861	**Unità d'Italia**
1888	Legge Pagliani-Crispi
1907	Primo Testo Unico delle Leggi Sanitarie (aggiornato 1934)
1942	Nasce il sistema mutualistico fondato sul principio prestazioni/contributi
1945	Nasce l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica
1948	Articolo 32 della Costituzione Italiana – La salute diventa un diritto fondamentale
1958	Legge 296 del 13 marzo 1958 – Istituisce il Ministero della Sanità
1968	Legge Mariotti – Istituisce e organizza gli Enti Ospedalieri
1978	Legge 833 del 1978 – Nascita del Servizio Sanitario Nazionale
1992-1993	502/1992 - Si rafforza il potere delle Regioni e si introduce il criterio dell'aziendalizzazione
1999	229/1999 - Riforma Bindi
2001	Legge 3 del 2001 – articolo 117 (Riforma del Titolo V della Costituzione)
2001	Legge 317 del 3 agosto 2001 – Il Ministero della Sanità diventa il Ministero della Salute
2017	DPCM del 12 gennaio 2017 – Aggiornamento dei LEA

Dopo il Covid, e mettendo insieme le quattro criticità che scaturiscono dalla sua inesorabile permanenza post pandemia (sinergia, epidemia, pandemia, endemia), siamo arrivati a quello che il medico e antropologo americano Merril Singer definiva "sindemia".

Un ulteriore problema non del tutto nascosto, che richiama l'attenzione nell'implementazione degli interventi, è nella comprensione che lo sviluppo e il significato contemporaneo delle manifestazioni di molte patologie porta alla elaborazione di prognosi mirate al pari dello sviluppo di politiche sanitarie con una visione proiettata verso una sanità globale.

Eppure, pensando all'emergenza continua in Sanità e alle passate riforme quali utili correttivi dei "disagi" che inceppavano il corretto meccanismo di interesse collettivo, ci venivano in mente, e non tanto come recondito ricordo, le continue "truffe innocenti" (**John K. Galbraith**) di un SSN depredato delle sue tante risorse finanziarie, tecnologiche e umane.

Alcuni problemi di etica possibile riguardano verità davanti agli occhi di tutti.

"Il primo di questi potrebbe essere la *vexata quaestio* della classe dirigente del Paese, nella sua duplice eccezione, di sistema che presidia i centri del potere reale e di gestione dei fenomeni connessi e, insieme, come meccanismo di riproduzione e di accesso ai livelli di *governance*.

Il secondo, più labile nella percezione collettiva del rilievo che può presentare, è la connotazione che assume la *leadership* in termini di ***cura*** e di presa in carico dei problemi, *latu sensu* sociali, di istituzioni, organizzazioni e reti collettive" (**Pier Luigi Celli** – Le virtù deboli – Apogeo s.r.l. Milano – 2007 - pag.84)

Gli sciacalli delle miserie umane

Il timore, la paura sull'uso di armi sporche ha radici antiche. Il Senato dell'antica Roma aveva ammonito "*armis bella, non veneris geri debere*" cioè *le guerre dovrebbero essere combattute con le armi, non con i veleni*. Appunto, **dovrebbero** …

I veleni pregiudiziali di una ideologia rigorosamente economicistica, per niente *super partes*, inquinano le giuste finalità di proposte riformatrici attese e necessarie per un salto di qualità quasi sempre osservato all'orizzonte.

Se in una struttura pubblica si pensa di "tecnologizzare" tutto per avere un miglior rapporto con il territorio, per quale motivo bisognerà ricorrere ad una struttura privata per l'esecuzione di una TAC o di una RM o di particolari esami immunologici o di una qualsiasi diagnostica nucleare?

Per quali reconditi motivi avere ospedali a tecnologia avanzata e, poi, ricorrere ai privati per le visite specialistiche?

Oltre ad una ripartizione delle capacità di spesa, rigorosa nelle affermazioni ma permissiva nella realizzazione, non si intravede in quale modo si pensa di superare la cruda indifferenza verso

un'utenza che ha contribuito nel tempo a realizzare un piccolo tesoro per la copertura reale di tali spese senza vedere, nelle generazioni a seguire, risultati tangibili.

I presupposti del PNRR italiano sono incoraggianti, ricchi di fondi e ben articolato ma saranno in grado di mettere a tappeto gli speculatori, mettere all'angolo coloro che si pongono tra le giuste soluzioni e gli interventi possibili, saranno capaci di poter gestire un eventuale ed inevitabile scostamento di bilancio senza il permesso della Unione Europea?

"Non durerà, perché gli oneri di sistema non potranno restare sospesi a lungo e finirà come con le cartelle esattoriali e le altre scadenze congelate durante la pandemia; insomma arriverà il giorno in cui bisogna pagare il conto delle crisi" (**Gianluigi Paragone** – Il PNRR è già vecchio. L'Europa di più – su Il Paragone, 18 marzo 2022).

Il Piano di Ripresa e Resilienza è un debito infinito; è paragonabile ad un conto corrente non solo senza sufficiente copertura ma anche vincolato a promesse impossibili da mantenere. E' un modo per spingere tutti a spendere di più con il portafoglio vuoto ignorando che circostanze esterne (guerra in Ucraina) e improvvise (prolungamento della fase pandemica, impoverimento dei ceti medi, rincari improvvisi, ecc.) possono mutare la nostra autonomia nella gestione dei bilanci.

Mentre si incrementeranno le spese per la corsa agli armamenti arriverà, improvvisamente, l'avviso di pagamento da saldare dalla vecchia signora Europa che spera di sopravvivere grazie ai passati contributi versati.

La missione 6 del PNRR è, esteticamente, ineccepibile sia per la sua importanza nella fase di modernizzazione dei servizi sanitari, sia nel capitolato di spesa equamente distribuito per gli obiettivi prefissati.

Ma chi controllerà le giuste finalità e, soprattutto, chi controllerà il controllore?

La dicotomia perenne nello sfacelo del nostro sistema sanitario è tra l'efficienza della sanità pubblica e gli interessi della sanità privata.

Non ultimo, e da non sottovalutare, è l'assioma che tutto ciò che noi consideriamo "violazione della privacy" in effetti è stato già violato.

I centri di controllo acquisiscono tranquillamente le Cartelle Cliniche con i dati dei pazienti (autorizzati dall'estorto Consenso Informato); ingigantiscono gli accordi commerciali per farmaci e strumentazioni nel più totale silenzio; hanno la possibilità di utilizzare tutte le informazioni sensibili; hanno la possibilità di utilizzare reperti genetici per studi e pubblicazioni.

Tanto da far nascere il sospetto che i militari russi in missione a Milano nel periodo della pandemia (marzo 2020) avessero altri "interessi" oltre alla giustificazione della loro presenza con un programma di "supporto logistico".

Missione umanitaria o operazione di intelligence?

Tale argomento, attualmente ripreso più volte dalla stampa, è riportato sul QuotidianoSanità.it del 13 aprile 2021 a firma della Redazione, su Il Giornale.it del 19 giugno 2021 a firma Felice Manti, in Dagospia del 22 marzo 2022 a firma Andrea Galli (www.corriere.it), su La Stampa del 21 marzo 2022 a firma Jacopo Iacoboni, su Il Paragone del 22 marzo 22 a firma della Redazione, sul Corriere della Sera del 21 marzo 2022 a firma Fiorenza Sarzanini.

Il quartiere che soddisfa tutte le esigenze dei propri cittadini è quel quartiere che, una volta costruito, si presenta con tutti i suoi servizi essenziali e con una rete di commercio capace di coprire tutti gli eventuali bisogni primari (e, forse, anche i secondari).

L'equo accesso alle cure associato alla pressante digitalizzazione delle strutture ospedaliere porta a credere che l'assistenza domiciliare, così come la presa in carico del paziente nella sua totalità, possa essere demandata alla sola telemedicina; che le Case della Comunità possano nascere senza "fertilizzare il terreno" con interventi di interesse collettivo.

Siamo propensi a guardare avanti con un significativo ottimismo ma ciò non toglie che alcuni quesiti saltellano nella mente e restano in attesa di risposte capaci di eliminare, o almeno ridurre, i dubbi e ammantarsi di belle intenzioni:

- Le risorse economiche saranno a "cascata" o solo una flebile pioggia mirata al risultato, al raggiungimento del risultato?
- Gli Ospedali di Comunità, le Case di Cura e le Case Famiglia saranno geograficamente distribuite o il solito "regalo" da elargire ad alcune Regioni?
- La tecnologia avanzata sarà generalizzata come risorsa e riforma del sistema sanitario o solo una implementazione dei "centri di potere" con un'ulteriore accumulo di dati sensibili?
- La formazione delle Risorse Umane vivrà di una qualità realizzata e/o di una quantità percepita. Sarà in grado, oltre il punteggio di merito (?) degli ECM, di articolare un percorso "full immersion" capace di formare oltre il "foglio di carta"?
- E' auspicabile che, con la realizzazione del Piano, si sia pensato a come reperire le figure professionali in grado di dare il vero supporto ideologico a tutta la struttura del Piano. L'assenza di professionisti con competenze, ruoli e profili riconosciuti non rischia di far considerare il PNNR un accumulo di carta straccia per giustificare alla UE un ulteriore spreco? Come "arruolare" le Risorse Umane? Come rendere credibile una vera selezione di merito e una pianificazione concorsuale?

In tale contesto, e con un investimento di 15,63 miliardi di euro (vedi tabella), ci viene da chiedere quante cooperative e associazioni possano essere interessate a partecipare a tali progetti privi di controllo di spesa.

"L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità. Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli

istituzionali coinvolti. Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1,00 miliardo, e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale" (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** – pagina 227).

Componenti e Risorse (miliardi di euro): 15,63 totale

M6C1	**Reti di prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale**	**7,00 miliardi di euro**
M6C2	**Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**	**8,63 miliardi di euro**

Anche volendo trattare con leggerezza l'ammodernamento tecnologico degli ospedali, le iniziative di ricerca tecnologica, i percorsi innovativi sanitari e assistenziali, lo sviluppo delle specifiche competenze delle risorse umane, la ricerca biomedica, occorre ricordare che "la leggerezza non è superficialità" (**Sabrina Ferilli** – Festival di Sanremo – serata del 5 febbraio 2022) e che resta importante considerare chi sarà deputato a seguire i processi di cura, chi sarà figura delegata nella reale assistenza richiesta.

Quando si parla di soldi, di movimentare un capitale di spesa, non possono non venirci in mente le risate degli imprenditori nella notte del 6 aprile pensando ai soldi che si sarebbero riversati nelle loro casse grazie agli appalti per la ricostruzione a seguito del sisma avvenuto a L'Aquila il 6 aprile del 2009. Stessa situazione per il terremoto di Amatrice del 24 agosto 2016 che porterà all'arresto di 10 persone tra le quali un imprenditore che se la rideva per le future commesse derivanti dalla ricostruzione. E, come se non bastasse e grazie a chissà quale tipo di immunità, con il crollo del Ponte Morandi del 14 agosto 2018 a Genova, la scena si ripete.

L'epidemia di Covid-19, anche se distruttiva per l'intera popolazione, è stata incoraggiante per gli investitori e gli speculatori ben sapendo, costoro, che la Sanità è un enorme "buco nero" che legittima qualsiasi spesa in nome della salvaguardia dell'essere umano.

"Il grado di compromissione del sistema è allarmante ma non tutti la pensano così … non è facile avere una visione organica e globale delle tante questioni in ballo perché sono proprio tante : finanziarie, scientifiche, culturali, organizzative, sindacali, filosofiche, tecniche, storiche, legislative, giuridiche, ecc. Per non dimenticare il grande scoglio del *pensiero debole* e del *senso comune*" (**Ivan Cavicchi** – La quarta riforma – Quotidiano Sanità Edizioni – Roma, 2016 - pag. 281).

Praticamente diventa difficile avere fiducia in un sistema nel quale bisogna barcamenarsi nei limiti del possibile, dove è sempre troppo difficile puntare alla vera appropriatezza, ad una organizzazione credibile, dove i ritocchi non devono modificare ciò che si è già avviato sul famoso "viale del tramonto".

Qualsiasi ri-finanziamento di tale sistema deve pensare alla capacità di risposta alla soddisfazione di un bisogno individuale (di cura) e/o collettivo (epidemiologico) offrendo le risorse necessarie alla programmazione assistenziale preventiva, ospedaliera e territoriale evitando, preventivamente, ogni forma di abbandono sociale.

Questa rete di perfetta solidarietà e sinergia di interessi comuni non può basarsi sulla spinta emozionale di qualche vecchio "progetto obiettivo" rivisitato o sulla falsa riga del documento, più che completo e articolato, del Ministero della Salute (Piano della Performance 2021-2023) da presentare come garanzia per un prestito apparentemente senza interessi né immediati e né futuri.

Lo Stato, garante dei diritti, rischia di trasformarsi in uno Stato impositore di doveri mai concordati, rischia di essere a tutela di una programmazione sanitaria sviluppatasi tra mille difficoltà e permanentemente imprigionata nelle sue grandi contraddizioni.

L'invenzione della "burocrazia del debito" non salva nessuna riforma, neppure quelle riforme nate con le migliori intenzioni.

Anche la giurisprudenza è stata chiara sulla negatività di fonti di finanziamento o di integrazione salariale prive di obiettivi da raggiungere e di risultati certificati. La distribuzione di risorse economiche non possono intendersi come voci accessorie salariali per accontentare mercenari senza ideologia o fonte di finanziamento a copertura dei deficit aziendali maturati da una scorretta gestione amministrativa.

La distribuzione a pioggia per tacitare il dissenso sulle carenze strutturali elude, quasi sempre, la corretta disciplina dettata dall'articolo 15, comma 5 del CCNL del 1° aprile 1999 e cade nella fase di risarcimento del danno erariale, specie se è manifesta l'assenza di un'adeguata definizione degli obiettivi (**Corte dei Conti**, sezione III, giur. Centrale d'appello, sentenza numero 301 depositata il 20 maggio 2015).

Chi ha mangiato la marmellata ?

Le grandi (ma anche le piccole) case farmaceutiche hanno un badget annuo (circa 35-40 euro) per ogni medico in attività con lo scopo, grazie agli illustratori scientifici, di indirizzarli verso i loro prodotti.

Ancora, un ex dirigente di Big Pharma, durante i lavori di un convegno, non esitò a dire che "un paziente guarito è un cliente perso" (dr. **John Rengen Virapen** – Convegno AZK – Germania – maggio 2009).

La sfida sociale, però, è ben altro.

Siamo arrivati in un'epoca nella quale, grazie anche a migliori condizioni di vita e più credibili stabilità geo-politiche, sono in aumento le utenze composte da anziani, dalle persone con disabilità e una maggiore attenzione si pone alla questione minorile.

Nello stesso tempo molte patologie non necessitano più di un ricovero ospedaliero ma possono essere seguite con un protocollo ambulatoriale (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, polmonite batterica) eventualmente supportato dalla telemedicina e, con lo sviluppo delle Case della Salute, si assiste ad una gestione domiciliare del paziente con personale sanitario dedicato.

"*Attualmente però se poniamo la centralità della persona come criterio prioritario ci si accorge di come vi siano due sistemi che coesistono : il sistema sanitario gestito a livello regionale sulla base del dettato del titolo V della Costituzione e il sistema sociale demandato agli Enti Locali sulla base della Legge 328/00*" (**Emanuele Vendramini** – Ripensare il ruolo dell'ospedale – 9 dicembre 2021 – Huffington Post).

Al di là delle belle parole, però, la realtà è ricca di sprechi visibili ma che non si vogliono vedere; problemi legati ai costi e ai LEA non erogati, ai livelli di difformità dell'assistenza e sul taglio delle prestazioni, sul falsare i report per rendere credibile la sostenibilità ad ogni costo, sui "patti per la salute" mai rispettati. Ed è una realtà che viene descritta anche in letteratura (**Jama**/307 2012 – **NEJM**/24 maggio 2012, ecc.) e che coinvolge indistintamente tutti i sistemi sanitari che non riescono a salvaguardare la natura pubblica del sistema sanitario favorendo, direttamente o indirettamente, l'indirizzo privatistico.

"Per funzionare, il capitalismo ha bisogno di una politica economica normativamente vincolata; di una tutela, sancita costituzionalmente, dei mercati e dei diritti di proprietà da discrezionali interferenze politiche; di autorità regolatorie indipendenti; di banche centrali fortemente protette da pressioni elettorali; di istituzioni internazionali, come la Commissione europea o la Corte di giustizia europea, che non debbano preoccuparsi della loro rielezione da parte del popolo" (**W. Streeck**, *La crisi nel suo contesto: il capitalismo democratico e le sue contraddizioni*, in **J. Habermas, W. Streeck**, *Oltre l'austerità. Disputa sull'Europa*, Roma, Castelevecchi, 2020, p. 22.).

La questione della sostenibilità è sempre stata un grosso problema rimettendo in discussione vecchi e nuovi equilibri.

Le riforme passate non sono state in grado di fronteggiare la crisi economica e la malversazione della spesa pubblica ricorrendo a continui tagli che indebolivano soltanto l'assistenza ospedaliera, il fronte della medicina specialistica, la medicina di base, il supporto farmaceutico, l'assistenza domiciliare.

"Per assicurare al sistema un maggior grado di sostenibilità dopo il varo della riforma del '78 si decise di mettere in campo due riforme correttive (502/1992 – 229/1999) : la prima puntava le sue carte sull'*azienda* considerandola la strada giusta per raggiungere sostenibilità, cioè ridurre i costi dell'offerta; la seconda invece con gli stessi scopi della precedente puntava le sue carte sulla razionalizzazione dei costi riconducibili all'offerta di servizi e quindi sulla qualificazione dei consumi" **(Ivan Cavicchi** – La quarta riforma – Quotidiano Sanità Edizioni – Roma, 2016 - pag. 14).

L'orrore per gli sprechi ci porta a credere che qualsiasi proposta istituzionale ammantata di "future risorse" e ricca di promesse da non mantenere in ragione di bisogni immediati da soddisfare, sia una proposta credibile, esaustiva e applicabile in tempi brevi.

Ma occorre andare oltre, occorre interpretare gli interessi comuni e quelli del singolo, gli elementi ideologici che ispirano il percorso da intraprendere e le dicotomie istituzionali, valutare l'offerta e cercare di comprendere la soddisfazione della domanda, considerare gli equilibri che regolano gli investimenti nella cosa pubblica.

"Il fatto che in Italia si sia diffusa una sorta di orrore per ogni ipotesi di intese, alleanze, mediazioni, convergenze tra forze politiche diverse, è segno di una regressione, di un diffondersi dell'idea che si possa fare politica senza conoscere o riconoscere le complesse problematiche del governare la cosa pubblica e le implicazioni che ne discendono in termini, appunto, di mediazioni, intese, alleanze politiche" (**Giorgio Napolitano** – Secondo discorso di insediamento a Presidente della Repubblica – 22 aprile 2013 – su LeggiOggi.it).

E mentre ancor oggi, a distanza di anni, gli equilibri parlamentari si rincorrono disordinatamente per evitare di affrontare le "filippiche" del Presidente Napolitano, da una riforma sanitaria che richiede miliardi di investimenti si sottraggono le risorse necessarie a far sopravvivere una salute mentale continuamente negata considerando la prevenzione un semplice costo da abbattere e non un utile investimento per un futuro sociale più stabile.

"I ricoveri tra i più giovani per tentato suicidio sono raddoppiati durante il periodo pandemico, così come sono aumentati in modo esponenziale disturbi alimentari e disturbi d'ansia, mentre la maggioranza della popolazione generale si trova ad affrontare la cosiddetta *fatica pandemica*, rilevata in questi anni dall'OMS, ossia uno stato mentale caratterizzato da stanchezza, paura, difficoltà a pianificare, demotivazione e disturbi del sonno" (**Edgardo Reali** – Il bonus psicologico e la salute mentale negata : un dibattito surreale tra pubblico e privato – Il Foglio Quotidiano – 19 gennaio 2022).

Eppure tra gli investimenti del Piano troviamo "l'attivazione di un percorso di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato" (**PNNR** - pag. 232).

Naturalmente, nonostante le buone intenzioni di un PNRR fondato su un piccolo tesoro da ripartire nei prossimi anni e le buone intenzione per risanare i danni estorti, si continua a praticare un percorso malevolo che rimette in discussione tutte le buone intenzioni di un reale interessamento per una sanità minata nel suo interno.

Il *Diagnosis Related Group (DRG)* è un sistema di classificazione e quantificazione delle retribuzioni che spettano agli ospedali in virtù dei ricoveri effettuati.

Ad esempio, per il Covid si riconosce 2.000 euro al giorno per la degenza ordinaria.

“Un ospedale con 100 malati di Covid in reparto riceve dalla propria Regione, e quindi dallo Stato, 200.000 euro quotidiani ….. Come si può pensare che spontaneamente i vari ospedali si privino di malati di Covid per mandarli altrove ?” (**Guido Bertolaso** – Business dei Positivi al Covid : 2.000 euro al giorno a ricoverato - intervista al quotidiano Libero e riportata in Altro del 30 ottobre 2020).

Come se non bastasse l’incremento tariffario che c’è stato il 19 novembre 2021 in Gazzetta Ufficiale numero 276 relativo ai reparti di degenza ospedaliera di Area Medica e di Terapia Intensiva ha visto un notevole “ritocco” (3.713 euro al giorno per i primi e 9.697 euro al giorno per i secondi) e ha dato da credere ad un danno erariale in considerazione che i rimborsi venivano effettuati in virtù delle patologia del ricovero e non della dimissione (**Vito Piepoli** – Danno erariale per i rimborsi Covid agli ospedali, denuncia alla Corte dei Conti – su Politicamente Corretto – 27 gennaio 2022).

E’ ovvio che qualsiasi “politica monetaria” si lega poco con il vantaggio degli investimenti che si rivolgono alle strategie di coinvolgimento della comunità, all’aumento di fiducia verso le istituzioni sanitarie, alla credibilità di interventi territoriali, agli obiettivi sulla promozione della salute, ad uno scenario che non ammette incertezze e vuoti di potere.

Come quantizzare gli interventi economici, ad esempio, negli indirizzi sulle dimensioni trasversali del Piano (**PNRR**) che potrebbero rappresentare delle forti criticità per il prossimo futuro?

Quadro delle misure e risorse (miliardi di euro) : 8,63 Mld

Ambiti di intervento/Misure	Totale
Riforma 1 : *Riorganizzare la rete degli IRCCS*	
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	7,36
Investimento 1.1 : Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
Investimento 1.2 : Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
Investimento 1.3 : Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione	1,67
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	1,26
Investimento 2.1 : Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
Investimento 2.2 : Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0,74

Il divario territoriale con la continua richiesta di servizi dall'assistenza primaria all'assistenza diversificata per le specifiche patologie, il divario di genere con la necessità di avere caregiver non costretti dalle circostanze ad espletare un ruolo (e una funzione) non scelto ma obbligato da carenze riconosciute, il divario generazionale visto non solo come riqualificazione professionale ma capacità di interscambio di vera (e riconosciuta) professionalità sono gli ultimi obiettivi del Piano (pag. 234) che, pur riconoscendo la necessità di implementazione, lascia la libera interpretazione degli interventi.

A questo punto non ci resta che rileggere Tocqueville non sentendoci rappresentati dagli attuali schieramenti politici privi di qualunque garanzia e invischiati nei loro "egoismi razionali" nei quali "l'uomo si rende utile per la collettività per poter avere come conseguenza dei benefici personali" (**Alexis de Tocqueville** – La Democrazia in America – 1835-40) con una forte distribuzione del potere locale legato a privilegi e caratteristiche del tardo vassallaggio e con particolari interessi nella distribuzione degli stessi privilegi (anche economici!).

Il naturale dissidio nella popolazione, nella quale in tanti pensano di vantare privilegi appannaggio dei pochi, porta a confondere la "*finzione scenica*" di un Piano (**PNRR**) senza fondamenta con il naturale distacco di una "*realtà scenica*" mascherata da una grossa cambiale che, illusoriamente, si pensa senza scadenza.

Con Tocqueville (La Democrazia in America – 1835-40) siamo propensi a credere che questo governo, pur nascondendo i suggerimenti costanti, abbia recepito e assorbito tutte le sollecitazioni manifestate in passato dal popolo "reale" cercando, in qualche modo, di soddisfare le richieste legittime mantenendo il possesso della ricchezza della spesa.

"Il pubblico viene a godere di un singolo potere: non fa valere le proprie ragioni attraverso la persuasione, ma le impone attraverso una gigantesca pressione dello spirito di tutti sull'interesse di ciascuno" (**Alexis de Tocqueville** – La Democrazia in America – 1835-40).

A volte, però, la legge generale si traduce in una imposizione di carattere personale che diventa sinonimo della "norma" di kelseniana memoria; un compromesso politico dove la libertà di espressione di trasforma in tirannia della maggioranza.

Dal *paradosso della tolleranza* di Karl Popper è più che facile arrivare allo spunto riflessivo di Umberto Eco sull'assenza del *pensiero critico* che avrebbe, come compito, rompere il monopolio della forza dominante incapace di imporre le proprie decisioni e il suo monopolio decisionale.

Sempre in Eco, il *populismo qualitativo* di una massa uniforme e capace di una maggiore forza critica è in grado di manifestare una maggiore espressività sociale rispetto al singolo. Ma la massa, nel tempo, ha lasciato troppo spazio al singolo capace di manipolare bisogni ed esigenze a giustificazione di bilanci fuori da ogni legge e regola di una economia credibile, lanciando lo slogan "*razionalizzare le risorse*", volutamente frainteso, quale alibi di una sconsiderata riprogrammazione al ribasso dei servizi sanitari.

Il Piano (**PNRR**) sugli investimenti economici, tecnologici ed umani è molto interessante.

L’intento sarebbe di recuperare il tempo perduto ed offrire l’eccellenza tanto attesa; purtroppo non crediamo che riesca ad andare oltre gli slogan istituzionalmente suggeriti.

La UE ci guarda e aspetta la giustificazione delle spese in programmazione ricordandoci che il debito economico si affianca anche ad un debito politico e che, le relative riscossioni, sono simultanee.

“**La cambiale**” è un film del 1959 con Totò e Peppino De Filippo, diretto da Camillo Mastrocinque, e narra di una cambiale di 100.000 vecchie lire, falsa, che viene utilizzata in diversi pagamenti senza avere alcuna copertura monetaria.

Alla sua ultima riscossione viene rinnovata con un’altra cambiale.

A parte la comicità e l’ironia del film, ci piace segnalare che anche la cambiale del **PNRR** finirà con l’essere rinnovata anche se non comprendiamo con quali garanzie.

Forse ancora prima dell’intervento dell’ufficiale giudiziario.

Il primo Piano (**PNRR**), biglietto da visita per la UE, per contrastare la povertà del mondo sanitario, dare opportunità di miglioramento all’accesso dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari alle persone con difficoltà e disabilità dovrà fare i conti con i pirati del business selvaggio che continueranno a perseguire i loro piani strategici di possesso.

E, con tante carte di credito mascherate da un PIN, saremo costretti a rimborsare spese che non abbiamo mai fatto.

Ciro Scognamiglio nasce a Napoli nel 1954. Dal 1979 alla fine del 2020 è componente del personale di assistenza della Terapia Intensiva di una nota Azienda Sanitaria di Rilievo Nazionale cittadina. Autore di diverse pubblicazioni e interventi congressuali, docente ai corsi universitari di Infermieristica, attualmente si occupa di Formazione Sanitaria e di argomenti di interesse Socio-Antropologico.