

Promettere ciò che si può mantenere

Elio Borgonovi*

Il servizio della trasmissione televisiva Report del 22 giugno 2025 sui ritardi relativi all'attivazione delle case e ospedali di comunità rispecchia molti altri servizi analoghi della TV e della radio e mi suggerisce una riflessione di metodo: promettere ciò che non si può mantenere produce inevitabilmente un effetto boomerang. Infatti, era noto fin dall'inizio del PNRR che nel nostro Paese, come in molti altri, vi è una carenza di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, e altre figure professionali. Quindi, era facile prevedere che sarebbe stato relativamente facile costruire o ammodernare muri sui quali mettere l'insegna o la dicitura di case di comunità e ospedali di comunità, mentre sarebbe stato praticamente impossibile trovare i professionisti per popolarli. A ciò va aggiunto che era, e tuttora è, irrisolto il problema di come convincere/incentivare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta a svolgere parte della propria attività nelle nuove strutture.

Inoltre, è stata poco sottolineata l'irrazionalità del modello adottato per rispondere a un'esigenza razionale e reale, quella di potenziare le cure primarie e di portare i servizi verso i pazienti (salute di prossimità). Che senso ha promettere strutture aperte 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 senza tener conto anche del problema di sicurezza dei professionisti nelle ore notturne? Si contano a migliaia i casi di aggressione al personale sanitario in pronto soccorso e ospedali, come si è potuto trascurare il forte rischio (si potrebbe dire la certezza) che il personale presente in strutture decentrate aperte di notte sarebbe stato esposto a tali comportamenti? Le funzioni rilevanti delle case di comunità riguardano la prevenzione, la presa in carico di condizioni di cronicità, l'erogazione di prestazioni infermieristiche e mediche programmabili o di complessità relativamente bassa, la promozione dell'assistenza di iniziativa nei confronti di una popolazione stratificata per complessità di assistenza e non certo per bisogni di urgenza. La presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Centrali Operative Territoriali (COT) più o meno aggregate ha – o almeno dovrebbe avere – la funzione di garantire a una popolazione "governabile" (di circa 50.000 abitanti per le case di comunità hub) la disponibilità di rapide informazioni, una risposta veloce e vicina ai luoghi di residenza a bisogni non complessi o ripetitivi, il coordinamento delle strutture di offerta a livello territoriale. La disponibilità di strumentazioni-tecnologie diagnostiche, riabilitative e assistenziali che non sono disponibili presso gli ambulatori dei MMG-PLSS o altre attuali strutture pubbliche e private decentrate, era ed è ancora una motivazione significativa per rafforzare le cure primarie. Per evitare sprechi e ottenere un positivo rapporto benefici-costi di tecnologie di media complessità, comprese postazioni di teleassistenza, sono necessari adeguati volumi di utilizzo che possano fare riferimento a case di comunità hub. Inoltre, queste tecnologie richiedono una professionalità che non può essere dispersa in mille rivoli e che è meglio concentrare nelle case di comunità. Ma per tutte queste funzioni è sufficiente un'apertura dalle 8 alle 18-20.

I bisogni di salute che si manifestano nelle ore notturne sono prevalentemente di due tipi: urgenze vere, per condizioni relativamente critiche per le quali comunque è raccomandabile l'accesso al pronto soccorso, esigenze derivanti da "stati di apprensione" o emotivi per i quali, invece di case di comunità aperte, è sicuramente meglio avere numeri verdi liberi e trovare la voce di un infermiere o un medico che può tranquillizzare. In futuro, ma in alcune sperimentazioni è già presente, è più utile avere un sistema di IA che, sulla base delle risposte ad alcune prime domande, può tranquillizzare, prenotare appuntamenti nelle case di comunità per il giorno successivo, mettere in

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

contatto con un medico o infermiere “in pronta disponibilità”, o addirittura suggerire l’accesso al pronto soccorso. Tenere aperte le case di comunità di notte significherebbe mettere a disposizione una “capacità assistenziale” largamente sottoutilizzata. Peraltro, le case di comunità come strutture fisiche non sono idonee a risolvere i problemi delle popolazioni che vivono in aree interne o che comunque sono disperse sul territorio. Pensare a finanziare strutture fisiche è stato ed è un errore logico in una società nella quale da decenni ormai si parla di dematerializzazione. Sarebbe stato necessario partire dall’analisi delle funzioni che devono/possono essere svolte a favore di comunità locali per definire come rispondere ai bisogni di prossimità. Ciò avrebbe consentito, ma è ancora possibile farlo, di evitare quella che può essere definita come “illusione della razionalità” e si è tradotta nella definizione di standard strutturali, tecnologici e di personale che rappresentano soluzioni rigide, ma soprattutto non possono e non potranno essere rispettati nei prossimi anni per carenza di professionisti.

Sarebbe stato possibile definire soluzioni più flessibili: in alcuni casi con vere e proprie strutture fisiche nelle aree con popolazione concentrata, mentre sarebbe stato più utile rafforzare i collegamenti a rete tra professionisti e strutture già esistenti con moderne tecnologie nelle aree interne e con popolazione dispersa, dare attuazione con opportuni stimoli alle norme relative alle aggregazioni funzionali territoriali o forme associative e cooperative di medici, infermieri e altri professionisti. Purtroppo, ha prevalso la cultura, ancora troppo presente anche a livello di comunità europea, della facilità dei controlli. Nonostante nel Next Generation Program siano definiti target di impatto, si è ritenuto che sia molto più facile controllare la costruzione o il rinnovamento di strutture fisiche, mentre era (e indubbiamente è) più difficile valutare la “qualità” nell’uso dei finanziamenti sulla base di indicatori di miglioramento delle cure primarie. Ciò non toglie che nella definizione del PNRR a livello nazionale si sarebbe potuto fare qualche passo avanti, più coraggioso, nell’applicazione di logiche innovative per potenziare l’assistenza primaria e di prossimità. Senza dubbio, le soluzioni innovative presentano gradi di complessità e di difficoltà superiori alle soluzioni del passato, ma, anche di fronte ai dati oggettivi di carenze del personale, sarebbe stato opportuno avere maggiore coraggio nell’innovazione puntando anche sul coinvolgimento delle comunità locali.

Chi conosce il sistema comprende che il servizio di Report mette in evidenza la debolezza di fondo, quella di soluzioni “calate dall’alto” senza la verifica della fattibilità in gran parte del territorio nazionale. In effetti, le case di comunità funzionano in modo soddisfacente nelle regioni e nelle aree nelle quali esistevano esperienze precedenti di servizi diffusi sul territorio. Avere maggiore coraggio e creatività nell’individuazione di soluzioni innovative per le regioni e per le aree dove tali esperienze non erano presenti avrebbe significato applicare il detto popolare secondo cui “chi non risica non rosica”, ossia chi non rischia non riesce a trovare soluzioni realistiche e fattibili.

Alcuni degli intervistati sono caduti nella trappola di “promettere ciò che non si può mantenere” quando hanno dato risposte del tipo “vedrà che fra un anno la casa di comunità funzionerà se mi saranno date le condizioni”. Una trappola perché comunque infermieri e medici non potranno essere in numero sufficiente e si presta il fianco a una futura trasmissione nella quale saranno evidenziate ancora una volta le carenze. Va sottolineata l’ironia con la quale l’assessore al welfare della Lombardia ha risposto a un’osservazione sulla mancata attivazione delle case di comunità: “Se mi dà una stampante tridimensionale potrei provare a formare medici e infermieri che mancano”. Proseguendo con l’ironia, si potrebbe dire che il problema non è risolvibile nemmeno con la clonazione, mentre potrebbe essere più realistica l’ipotesi di “robot umanoidi” che possono sostituire alcune funzioni infermieristiche e sistemi di IA generative ed evolute che possono risolvere problemi diagnostici e terapeutici in sostituzione dei medici che mancano e lasciando maggior tempo per le relazioni con i pazienti. Inoltre, la carenza di medici, infermieri ecc., denunciata dal servizio ma ben nota da tempo a chi opera nel sistema, è presente anche negli ospedali che da anni sono stati costretti dai vincoli di assunzione e dai vincoli sulla spesa per il personale a ricorrere ai cosiddetti “gettonisti” o a forme di affidamento a cooperative. È un effetto della mancanza di programmazione del passato che rischia di condizionare anche il futuro. Infatti, è stato cambiato il sistema di “selezione dei medici”, non più tramite test, ma a seguito degli esami sostenuti dopo un semestre che, prevedibilmente, aumenterà il numero di medici tra sei anni e di specialisti tra dieci, quando le nuove tecnologie e le nuove conoscenze forse consentiranno di avere un numero minore di medici. Dalla carenza attuale si rischia di determinare una futura “plethora” di medici. Tra l’altro, senza risolvere il problema delle carenze per le

specializzazioni che già oggi sono meno frequentate (posti e borse non coperti) e la carenza di infermieri e altri professionisti che oggi sono poco attraenti, con un numero di candidati alle lauree di scienze infermieristiche e tecniche di poco superiore al numero di posti disponibili.

Un'ulteriore riflessione suscitata dal servizio di Report riguarda le informazioni prevalenti nei media tradizionali e in quelli innovativi, che sono di tre tipi: quelle che annunciano grandi innovazioni, per esempio trapianti complessi, nuove terapie geniche, esoscheletri, interventi chirurgici con altissima specializzazione ed effettuati a distanza ecc.; quelle che riguardano consigli per la prevenzione e in generale per la buona salute, che si moltiplicano soprattutto nei periodi estivi di alta temperatura per evitare complicazioni e morti, soprattutto di pazienti fragili; quelle che pongono il dito nella piaga delle disfunzioni. Le prime alzano le aspettative delle speranze dei pazienti nei confronti dei progressi della scienza. Le seconde influenzano in maniera diversa i comportamenti, poiché un certo numero di chi è raggiunto dai consigli li segue, mentre altri li sottovalutano. Le terze sono quelle che alimentano in misura generalizzata la sfiducia nei confronti del sistema pubblico. Mancano completamente le informazioni riguardanti le difficoltà che incontrano tutti i giorni i manager delle aziende sanitarie che devono risolvere il problema di bisogni e aspettative sempre più elevate e risorse comunque inadeguate, oltre che combattere con una normativa spesso obsoleta, non di rado contraddittoria. Qualche servizio sui problemi che i manager della salute incontrano ogni giorno aiuterebbe a far comprendere la complessità del loro lavoro e forse attenuerebbe le critiche verso il SSN.

Infatti, esiste una "asimmetria delle percezioni" che può essere sintetizzata nei seguenti termini: le informazioni sulle disfunzioni confermano le valutazioni di tutti coloro che in tempi recenti hanno sperimentato situazioni analoghe, per esempio appuntamenti a distanza di mesi, a volte superiori a un anno, tempi lunghi ai pronto soccorso, ritardi nei ricoveri programmati, apertura formale delle case e degli ospedali di comunità che poi non funzionano ecc. Coloro che invece hanno avuto esperienze positive considerano come "naturale" aver avuto i servizi, dimenticando la complessità di un sistema che ogni giorno deve dare risposte a centinaia di migliaia di pazienti e deve effettuare milioni di accertamenti diagnostici, o si ritengono "fortunati" perché non sono stati colpiti dalle disfunzioni. Agisce la logica che dalle teorie organizzative viene definita come "fattore igienico": ottenere risposte ai propri bisogni di salute determina un moderato livello di soddisfazione, mentre le informazioni sulle disfunzioni (reali o presunte) alimenta un elevato livello di insoddisfazione e valutazione negativa. I tanti che negli ultimi 2-3 anni non hanno avuto bisogno di ricorrere a servizi sono probabilmente più propensi a schierarsi dalla parte di chi denuncia le disfunzioni perché in Italia, più che in altri Paesi, è elevata la sfiducia in tutto ciò che è pubblico. È appena il caso di ricordare che tra coloro che spesso si lamentano e sono tra i critici feroci del Servizio Sanitario Nazionale è incluso il 60% di chi non paga le tasse (tra cui coloro che hanno redditi bassi o minimi, ma anche molti evasori) o pagano tasse non correlate ai propri redditi (evasione parziale o elusione fiscale). È esperienza quotidiana sentir dire "è uno scandalo non avere i servizi che paghiamo con le nostre tasse" o verificare che nelle discussioni a cena o in altri ambiti sono molto più numerosi coloro che criticano le disfunzioni (a volte dirette, a volte per sentito dire) rispetto a coloro che mettono in evidenza anche le cose che vanno e soprattutto le difficoltà di un sistema che si può dire sia vittima del proprio successo. Un paradosso solo apparente collegato al fatto che i progressi della scienza, delle tecnologie, dei modelli organizzativi, della professionalità di medici, infermieri ecc. hanno consentito l'allungamento della vita e la soluzione di problemi di salute che in passato portavano alla morte. Più persone che vivono più a lungo e con una o più cronicità (in Italia circa il 40%) hanno aumentato la domanda di servizi, mentre esistono vincoli sull'aumento delle risorse (oggettivi o derivanti da politiche sul finanziamento pubblico del SSN da almeno 20 anni).

Senza voler dare giudizi etici si può dire che la terza riflessione riguarda gli effetti sociali dell'informazione-comunicazione. È noto che le notizie negative fanno audience, mentre le notizie positive attirano l'attenzione solo di pochi. La cultura dello scandalo, dello scoop, del pettegolezzo virale prevale su quelli che sono gli aspetti di "normali relazioni nella società". È considerato normale il funzionamento di un Servizio Sanitario Nazionale che cerca di garantire la tutela della salute come diritto della persona basato su principi di universalità, equità, solidarietà, e attirerebbero una scarsa attenzione servizi che mostrano il normale funzionamento di ospedali, ambulatori ecc., e perciò si possono capire servizi e trasmissioni che sottolineano ciò che non va. Si può anche accettare che alcuni operatori dell'informa-

zione siano mossi da finalità condivisibili, quelle di stimolare il miglioramento. A coloro che sono mossi da queste finalità si può sommessamente dare un consiglio che li renda più credibili. Oltre all'individuazione di tutte le cose che non funzionano, come nel caso specifico delle case di comunità che non esistono o che per ora sono fatte solo di muri senza medici, infermieri, altri professionisti, sarebbe stato interessante aggiungere anche qualche esperienza positiva, che pure esiste. Intervistare operatori e pazienti di alcune case di comunità nelle quali si danno servizi di prossimità domandando loro cosa ha reso possibile realizzare questa esperienza sarebbe stato un buon indicatore di un servizio animato dalla logica di "critica costruttiva". Peraltro, credo sia difficile negare che un certo numero di operatori dell'informazione sia mosso non dalla logica di critica costruttiva, ma sia già entrato nella logica della post-verità. Partire da opinioni, nel caso specifico quello di un sistema pubblico che non funziona, è "costruire informazione strumentale" a confermare l'opinione. Il giornalismo moderno è stato fondato sul principio secondo cui "i fatti sono sacri, le opinioni sono libere", chi ha accettato la cultura della post-verità è mosso dalla logica "le (mie) opinioni sono sacre, i fatti si possono costruire, per esempio selezionando solo situazioni di case e ospedali di comunità che non funzionano". Tra l'altro, sappiamo che con i sistemi di IA si possono costruire immagini e fatti "verosimili" ma falsi per dare forza alle opinioni, al potere occulto dell'informazione.