



# GIUSTIZIA INSIEME

ISBN

978-88-548-2217-7

ISSN:

2036-5993

Registrazione: 18/09/2009 n.313 presso il Tribunale di Roma

*Diritto dell'emergenza Covid 19, n. 970 – 8 aprile 2020*

## ***Guardare oltre covid-19: proposte per il rinnovamento del sistema sanitario nazionale***

*di Paolo De Paoli*

Sommario: 1. Introduzione - 2. Analisi della situazione attuale - 3. Considerazioni e proposte - 4. Un'osservazione conclusiva

### **1. Introduzione**

Il mondo si trova di fronte ad un pericolo di salute pubblica che non ha precedenti negli ultimi decenni. Da alcune settimane assistiamo ad una corsa affannosa e frustrante per tentare di controllare la pandemia in atto e per curare quella parte degli infettati da SARS-CoV-2 che sviluppa malattie gravi e, talora, mortali. Mentre ci si interroga su come affrontare adeguatamente la pandemia nel breve periodo, è altrettanto indispensabile ragionare fin da subito se e come sia possibile cambiare i sistemi sanitari dopo Covid-19 al fine di garantire un futuro quantomeno accettabile. Per l'Italia il punto di partenza è costituito dal Sistema Sanitario Nazionale universalistico istituito nel 1978. Rispetto ad allora, l'SSN è stato oggetto di numerose revisioni, in particolare quella conseguente alla modifica del titolo V della Costituzione che nel 2001 ha suddiviso il SSN in molteplici sistemi decisionali e operativi a livello regionale. Questa riforma ha modificato profondamente il funzionamento della sanità italiana, producendo effetti positivi, ma anche distorsioni rilevanti.

L'emergenza sanitaria in atto, che ha ed avrà conseguenze molto profonde sulla salute e sulla economia, richiede fin da subito una riflessione sui sistemi sanitari e sulla loro sostenibilità. Ciò è ancora più vero in un paese come l'Italia che ha un sistema universalistico capace di fornire alla popolazione molte prestazioni a carico del sistema stesso e che, allo stesso tempo, ha una economia in stallo da molti anni, un deficit dello stato incompressibile ed una politica spesso incapace di scelte coraggiose.

Questo breve scritto non vuole intervenire su come l'Italia ha affrontato la pandemia fino ad ora, ma piuttosto utilizzare questa occasione per rivedere in modo anche sostanziale l'organizzazione della sanità in Italia, una questione a cui i decisori politici saranno chiamati fin da subito a dare soluzioni rapide ed efficaci in termini di risultati di salute e di sostenibilità finanziaria.

## 2. Analisi della situazione attuale

Prima di iniziare, è necessaria una breve precisazione metodologica. Chi è abituato ad occuparsi di medicina in termini di diagnosi, cura e ricerca scientifica, deve basare le proprie riflessioni e proposte su dati oggettivi, raccolti e validati da organismi riconosciuti. Verranno quindi citate nel corso del testo le fonti da cui i dati sono stati ricavati, con la consapevolezza che fonti diverse possono non coincidere completamente. L'articolo continua con alcune proposte personali derivate dalla analisi dei dati. Le performances dei sistemi sanitari universalistici qui utilizzate derivano da "Barua and Moir, *Comparing performance of universal health care countries 2019*, Fraser Institute Vancouver", che analizza i dati di 28 paesi a livello mondiale che hanno sistemi sanitari universalistici desunti da quanto raccolto e pubblicato dalla Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Secondo questo articolo, nel 2017 l'Italia ha speso per il proprio sistema sanitario il 7,8% del prodotto interno lordo (23° posto), la Francia l'11% (3° posto), la Germania il 10,2% (8° posto) e la Spagna l'8,7% (17° posto.) Questa posizione dell'Italia non cambia sostanzialmente (22° posto) se consideriamo l'aggiustamento dei valori per età della popolazione.

Per quanto riguarda la disponibilità di risorse umane, in Italia abbiamo 3,5 medici (16° posto) e 5,1 infermieri per mille abitanti (27°), a fronte di 3,1 medici della Francia, 3,9 della Germania e di 3,8 medici della Spagna, sempre ogni 1000 abitanti. Inoltre, il numero di medici in Italia è in calo assoluto da molti anni. La nostra disponibilità di letti per pazienti acuti è di 2,3 per mille abitanti (24° posto), in Francia di 3,0 (15°), in Germania di 5,5 (3°), Spagna di 2,4 (23°).

L'Italia è invece ben posizionata tra i 28 sistemi sanitari universalistici per quanto riguarda la disponibilità di alte tecnologie sanitarie. Nel rapporto sopra citato in Italia vi sono 25,2 Risonanze magnetiche nucleari (4° posto) e 30,6 TAC (9° posto) per milione di abitanti. Queste attrezzature sono sottoutilizzate, dato che in Italia vengono eseguiti 62,9 esami di risonanza e 79,2 TAC per milione di abitanti, mentre ad esempio in Francia il numero è pari a 110 Risonanze e 183 TAC a fronte di 13,8 attrezzature di risonanza magnetica e 16,8 TAC per milione di abitanti. Ciò significa che in Francia e nella gran parte degli altri paesi considerati, ogni "macchina" fa molti più esami, comportando spese di acquisto e di manutenzione complessive sensibilmente inferiori a quelle dell'Italia.

Per quanto riguarda la *performance* dei sistemi sanitari, prendiamo in considerazione la speranza di vita e la aspettativa di vita in buona salute, che in Italia sono rispettivamente di 83 anni (4° posto) e di 73,2 anni (5° posto). Si tratta di dati molto buoni ai quali concorrono la buona capacità del nostro sistema sanitario e sociosanitario, ma anche lo stile di vita mediterraneo, come dimostrato dal 3° e 2° posto a livello mondiale della Spagna.

## 3. Considerazioni e proposte

### Investire di più

La prima considerazione, molto evidente, è che è indispensabile investire più risorse per ridurre il divario con gli altri paesi. Non è necessario compiere grandi analisi per capire

che il SSN va potenziato in tutte le sue componenti, dalle risorse umane, al numero di posti letto per acuti, alle competenze assistenziali territoriali e di sanità pubblica. In particolare, va riequilibrato in linea con gli altri sistemi sanitari il numero di medici e, in misura ancora maggiore, il numero di infermieri. E' necessario anche investire in nuovi posti letto per gli acuti, dato che siamo al 24° posto tra i 28 paesi analizzati. Queste misure sono indispensabili ed urgenti, come evidenziato proprio dalla pandemia di Covid-19 che ci ha trovato impreparati su entrambi i fronti.

### **Il federalismo sanitario e il suo finanziamento**

Come detto, il percorso del federalismo italiano ha portato alla frammentazione regionale del SSN, con risultati spesso contrastanti o comunque disomogenei, riconducibili prevalentemente alla mancanza di coordinamento centralizzato (v. <https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-dell-emergenza-covid-19/954-sull-emergenza-annunciata-del-servizio-sanitario-nazionale>).

Non entro qui nel tema dei meccanismi che oggi regolano l'assegnazione delle risorse tributarie al funzionamento dei sistemi sanitari regionali, in quanto tema complesso che va oltre lo scopo di questo intervento. Allo stato attuale è comunque difficile pensare che il trasferire nuovamente le competenze sanitarie a livello centrale possa essere una soluzione migliorativa, anche per ragioni oggettive come la rilevazione che una vicinanza tra chi decide e i cittadini dà più garanzie di buon governo, o la constatazione che le regioni conoscono meglio le esigenze del proprio territorio .

### **Riscrivere i rapporti decisionali tra Stato e regioni in materia di sistema sanitario**

Alcune interventi correttivi si potrebbero fare velocemente, senza intaccare sensibilmente i meccanismi di finanziamento dei sistemi regionali, agendo essenzialmente sulla riscrittura delle regole.

A tutela della salute dell'intera nazione (e qui sarebbe utile un messaggio molto forte da parte dell'opinione pubblica in tutte le sue espressioni), lo stato dovrebbe definire regole di governance centralizzate che siano cogenti per tutte le regioni. Un primo tema, evidenziato in modo drammatico da Covid-19, riguarda la assoluta necessità che, in occasione di pandemie, catastrofi e altri avvenimenti straordinari, sia lo stato e non le regioni a prendere decisioni applicabili su tutto il territorio. Sarebbe utile, ad esempio, preparare in anticipo piani di intervento e avere un database centralizzato contenente i nominativi di figure professionali particolarmente esperte o un elenco di attrezzature da mobilitare velocemente nelle aree dove ci sia una urgenza.

Regole cogenti nazionali dovrebbero esistere anche in tema di organizzazione dei sistemi sanitari a livello regionale. Pisano G et al (Harvard Business Review March 27, 2020: *Wholesale reorganizations are needed within hospitals* ) hanno recentemente scritto che è urgente un passaggio da modelli di cura centrati sul paziente ad approcci sistemici di comunità che siano capaci di offrire soluzioni all'intera popolazione in caso di pandemie o altri eventi straordinari. Lo stesso concetto è stato ribadito molto pacatamente in una intervista al Corriere della Sera del 28 marzo u.s. dal sindaco di Milano Giuseppe Sala che ha affermato: "In Lombardia, a differenza di Emilia e

Veneto, si è puntato più sulle grandi infrastrutture ospedaliere, anche private, a scapito della rete sociosanitaria del territorio, consultori, medici di base”..

Un'altra proposta capace di incidere positivamente sulla qualità delle prestazioni e di ridurre i costi in maniera sensibile, riguarda il controllo della parcellizzazione di strutture sanitarie a livello territoriale, definendo l'obbligatorietà per le regioni di autorizzare lo svolgimento di attività sanitarie solo in quelle strutture che rispettano standard quantitativi e qualitativi definiti a livello centrale sulla base di evidenze scientifiche internazionali. Sono esempi tipici di standard nazionali ed internazionali l'esecuzione di un numero minimo di interventi chirurgici per tipo di neoplasie (es. della mammella, del colon, ecc) o il rispetto di *performances* qualitative, ad esempio la sopravvivenza a 30 giorni dopo un infarto del miocardio o la capacità di effettuare chirurgia per fratture del femore entro 48 ore. I dati di ciascuna struttura sanitaria presente sul territorio nazionale sono già disponibili tramite il Progetto Nazionale Esiti (PNE, <https://pne.agenas.it>), che andrebbe solo affinato per aggiungere/privilegiare indicatori più significativi rispetto agli attuali.

Un altro esempio di standard da rispettare, su cui si è mossa anche l'Europa, riguarda la diagnosi, cura e ricerca sulle malattie rare. Si stanno ipotizzando reti con (pochi) centri *hub* di riferimento dotati di competenze elevate in grado di diagnosticare e trattare al meglio uno o più tipi di malattie rare, a cui affiancare centri *spoke* che possiedono capacità più limitate, ma che comunque possono partecipare in rete alla gestione dell'intero sistema. L'Italia ha identificato i centri *hub* che rispondono ai requisiti di qualità, ma a questo non sembra sia seguito uno sforzo di razionalizzazione delle strutture e dei centri. In definitiva, seguire le indicazioni europee permetterebbe di riferire i pazienti solo a strutture di qualità equamente distribuite sul territorio nazionale, di creare massa critica per svolgere attività di ricerca biomedica di livello internazionale e di migliorare gli esiti di salute dei pazienti. Se questo avvenisse, si potrebbero dedicare i risparmi derivati da queste razionalizzazioni ad altre attività sanitarie, ad esempio sul territorio o dedicate alla prevenzione.

Scrivono Cadauro e Liberati (Giustizia Insieme 2020) che nel campo del fabbisogno necessario per i livelli essenziali di assistenza, ad esempio, il ricorso a criteri standard di determinazione - come rimedio alla spesa storica- ha costituito in molti casi l'argomento scientifico per legittimare tagli di spesa e per mascherare il condizionamento di quegli stessi livelli alle disponibilità finanziarie. Per ovviare a questa possibilità si potrebbe, mantenendo i sistemi regionali, prevedere il finanziamento con risorse centrali dei servizi che comportano la fornitura di alcune prestazioni di particolare rilevanza nazionale.

La razionalizzazione delle grandi attrezzature (vedasi l'elevato numero di RNM e di PET in base alla popolazione rispetto alle altre nazioni) non dovrebbe essere affidata a logiche localistiche, ma dovrebbe essere basata su indicazioni nazionali obbligatorie che ne definiscono il numero in base al bacino di popolazione servito e a standard di utilizzo predefiniti. Questo consentirebbe di diminuire il numero delle macchine in funzione e di utilizzare in modo più estensivo quelle esistenti, riducendo sensibilmente i costi di acquisto e manutenzione.

**Ridefinire i percorsi formativi del personale sanitario, in particolare dei medici**

Per ovviare alla carenza di medici è inevitabile ripensare il percorso formativo che porta alla laurea e alla specializzazione. L'accesso programmato al corso di laurea è adottato dalla gran parte dei paesi a livello mondiale e, a mio avviso, resta inevitabile. In Italia ci sono ogni anno circa 9 mila posti nelle facoltà di medicina e chirurgia e sulla grandezza di questo numero si può eventualmente ragionare.

Ciò che invece andrebbe cambiato sono le modalità di selezione che attualmente sono basate su criteri opinabili. A conferma di questo, sono state avviate già quest'anno selezioni basate su criteri differenti da quelli ora in uso, come quelli adottati da Humanitas University di Milano. Un'altra modifica dovrebbe riguardare i contenuti formativi dei corsi di laurea in medicina, che in Italia frequentemente includono molta teoria e pochissima pratica reale; l'aumento delle competenze pratiche renderebbe i medici neolaureati capaci svolgere compiti assistenziali di base già alla fine del percorso di laurea, come avviene in molti stati in Europa e nel mondo. Un altro cambiamento indispensabile riguarda l'accesso alle scuole di specialità, che per molti anni è stato basato su numeri insufficienti, che hanno impedito l'accesso a molti laureati in Medicina, lasciando di fatto il sistema sanitario nella impossibilità di utilizzare queste risorse preziose per garantire il suo funzionamento. Si tratta di uno spreco incomprensibile.

### **L'innovazione per migliorare le performances e l'equità del sistema sanitario**

La *High performance medicine*, basata principalmente sull'uso dell'intelligenza artificiale, può essere uno strumento di innovazione straordinario, in grado di ottimizzare *performances* del sistema, di garantire diagnosi e cura uniformi su vasta scala e di ridurre i costi complessivi. E' possibile, ad esempio, raccogliere dati di salute direttamente a domicilio e di inviarli alle strutture sanitarie al fine della rilevazione precoce di patologie. Esempi in tal senso sono gli algoritmi per rilevare la fibrillazione atriale o sistemi "esperti" per elettrocardiogramma applicabili in remoto a pazienti nefropatici; si tratta di situazioni limitate e da verificare accuratamente, ma è chiaro che un investimento uniforme a livello nazionale in *high performance medicine* produrrebbe un miglioramento straordinario di salute nel nostro paese, dando le stesse opportunità e gli stessi vantaggi a tutti gli italiani, senza differenziazione geografica o di censo.

La digitalizzazione permetterebbe anche di scambiare dati o immagini tra vari sistemi sanitari regionali o tra i singoli clinici, consentendo anche a entità periferiche di avere accesso a informazioni, opinioni/consulti da parte di centri esperti e di ridurre, ad esempio, la mobilità sanitaria tra varie aree del paese (Topol EJ, *High performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence* Nature Medicine 25, 44, 2019).

### **Semplificare la burocrazia garantisce risorse veloci e risparmio di spesa**

Ugualmente è necessario incidere a livello centralizzato sulla burocrazia paralizzante che ci affligge. Si assiste giornalmente a pesanti ritardi e inefficienze dovuti ai lacci e laccioli imposti a livello centrale, compreso il codice degli appalti che nella forma attuale di fatto contribuisce a paralizzare il sistema (vedasi L'Economia, supplemento al Corriere della Sera del 30 marzo u.s.).

Quindi, acquisti e procedure per acquisire risorse di varia natura vanno largamente semplificati: troppe risorse dedicate a procedure burocratiche, lentezza esasperante nell'averne quanto necessario, attrezzature già obsolete quando vengono acquistate. Semplificando le regole, le risorse umane che ora sono occupate dalle procedure di acquisto, potrebbero essere dedicate a tutto ciò che avviene una volta concluse le procedure, in modo da essere rapidi nei pagamenti, ottenere prezzi più bassi, fornire risorse economiche fresche alle aziende private e soprattutto dotare il sistema sanitario di maggiore efficienza.

Mi sia consentito un cenno alla importanza di potenziare la ricerca. Si tratta di un settore nel quale la burocrazia incide in modo pesante, con conseguenze negative non solo per la salute, ma anche per l'economia.

Favorire la ricerca pubblica italiana anche nell'interazione con le aziende farmaceutiche e biotech darebbe forza ad un settore che, solo con l'esportazione, vale decine di miliardi ogni anno. Un esempio concreto di semplificazione riguarda la ricerca clinica, quella basata principalmente sull'uso di farmaci innovativi o con indicazioni più ampie rispetto a quelli consentite inizialmente. La legge 3/2018, chiamata comunemente decreto Lorenzin, prevede la razionalizzazione e semplificazione del funzionamento dei comitati etici e consente di utilizzare i risultati delle sperimentazioni non profit ai fini autorizzativi. Il decreto è stato approvato a gennaio 2018, ma è tuttora inapplicato per la mancanza dei decreti attuativi. Una domanda sorge spontanea: è veramente così difficile scrivere leggi che abbiano una operatività rapida?

Queste norme sarebbero state di grande importanza nella pandemia Covid-19. Infatti il decreto Lorenzin in vigore avrebbe permesso di utilizzare rapidamente farmaci sperimentali o con indicazione diversa da quella autorizzata (ad esempio farmaci che bloccano i processi infiammatori in malattie autoimmuni), per verificare con maggiore tempestività la loro capacità di contrastare l'azione del virus o i danni tissutali indotti dall'infezione virale. Le medesime opportunità date dal decreto hanno comunque valenza generale, in quanto applicabili a molti dei nuovi farmaci da usare in protocolli sperimentali in ogni tipo di patologia. In questo modo, questi farmaci sarebbero disponibili gratuitamente ai pazienti e al SSN e, dato l'interesse dei produttori di farmaci e di dispositivi medici, arriverebbero risorse economiche aggiuntive al nostro sistema, come avviene già in molti paesi europei.

### **Ampliare le competenze dell'UE in termini di previsione/progettualità in sanità**

Le situazioni emergenziali pandemiche sono state previste con largo anticipo sia da scienziati nell'ambito della sanità pubblica sia da persone della società civile particolarmente illuminate (Menachery *VD Nat Med* 21, 1508, 2015, Cheng *VCC Clin Microbiol Rev* 20, 660, 2007, Gates *New Engl J Med* 372,381, 2015). Dato lo scarso o nullo ascolto che queste previsioni hanno avuto a livello politico e programmatico, è quindi necessario investire globalmente per rafforzare la capacità di previsione in sanità pubblica dei governi e delle istituzioni cooperanti a livello internazionale.

E' inevitabile pretendere uno sforzo diplomatico e politico comune, per lo meno a livello europeo, ad esempio per favorire la costituzione di una *task force* europea che analizzi i dati di letteratura, le previsioni e le evidenze scientifiche dell'esistenza di

8 aprile 2020

alto rischio pandemico e che investa pesantemente risorse per la creazione di database contenenti tutte le informazioni necessarie a prevenire o a gestire le situazioni critiche.

In breve, questa *task force* dovrebbe avere il compito di formulare indicazioni agli stati membri in tema di sanità pubblica comune e di fornire dati in modo trasparente alla società, in modo che vi sia consapevolezza comune di quanto potrebbe accadere.

#### **4. Un'osservazione conclusiva**

Questa rapida disamina della situazione in un momento di crisi non vuole avere pretese di esaustività, ma semplicemente cerca di portare un contributo diverso e complementare, se possibile, rivolto a chi ha il ruolo di valutare gli aspetti politici, regolatori ed economici che governano il sistema sanitario italiano e di agire per migliorare continuamente le sue prestazioni. La speranza è che la situazione emergenziale in atto spinga tutte le forze che compongono il paese a compiere uno sforzo straordinario, non solo per vincere una battaglia così complessa e difficile, ma anche per prendere con coraggio decisioni capaci di rendere più efficiente il nostro sistema sanitario e di garantire un futuro sostenibile.