

PUNTI DI VISTA

Oltre l'emergenza COVID-19. L'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale

Beyond the Covid-19 emergency. The evolution of our National Health Service

A. Botta¹

¹UOD Diabetologia e Nutrizione Clinica AORN "San Giuseppe Moscati", Avellino.

Corresponding author: amodiobotta@libero.it

Abstract

The emergency created by the spread of COVID-19 has led to a wide spread awareness of the central role of the health policies. Certainly it seems to be essential that the scientifically based monitoring of the health sector should persist and carried through the participation of Medical-Scientific Associations which are the real bearers of the experience lived daily, especially considering the forthcoming arrival of a conspicuous amount of European financial funds: the Italian health system, and the whole country, certainly cannot afford to miss the opportunity for a radical modernization of their infrastructures, according to the current Parliament debate. The Recovery Fund will be a great opportunity and responsibility to reform our public machinery, planning how renovating our NHS. Looking at the next 10 years, taken for granted the *Mission* of our NHS is the *Vision* will need to adapt to future social needs. Healthcare must not be a sector which consumes a substantial proportion public expenditures but an investment for growth. Effective planning requires to be preceded by a strategic vision, in order to define the objectives to be pursued and therefore the key performance indicators to measure effectiveness. Bridging the health inequalities that still persist in the country: this must be the priority in the use of resources and make the universalism of the NHS effective for all Italians, in the same way throughout the country. The role of the "territory" is fundamental. A profound reflection is needed on the relationship between hospital and territory: it no longer makes sense to think of the two categories in alternative terms. The main obstacle to strengthening the "territory" is the lack of shared organizational models. The evolution and refinement of technological knowledge with the increasing spread of telematic "networks" and computer hardware, together with demographic and morbidity changes, require a rethinking of the methods of providing care. In some conditions - for example in chronic diseases such as diabetes mellitus - technological aid could be the solution to allow the adequacy and appropriateness of treatments in conditions of maximum safety. This is the time to define specific treatment paths that are the new references for the definition of tariffs by reviewing the tariff nomenclator (LEA Review), and to overcome



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation A. Botta (2021). Oltre l'emergenza COVID-19. L'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale. JAMD Vol. 24/1

DOI 10.36171/jamd21.24.1.2

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received February, 2021

Accepted March, 2021

Published May, 2021

Copyright © 2021 Botta. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

the rigid logic of prescription and reimbursement of individual services (Essential Path Levels, LEP). This model would respond more precisely to the needs of a “patient-centered medicine”, recognized by both the National Diabetes Plan and the Chronicity Plan as the most effective care models for managing chronicity, capable of safeguarding and protecting the patient in the long term, preventing acute situations and ensuring real responsibility for the health-care professionals concerned. The development of a new organic model of taking charge of the patient with Diabetes, also thanks to the introduction of telemedicine and tele-assistance, provides an all-inclusive rate of the entire path/process, including different services in different specific conditions – for example diabetic foot, diabetes in pregnancy, the implantation of insulin pumps –. We must undoubtedly invest not to maintain the status quo, we cannot afford only about recovering the losses due to the pandemic COVID-19 crisis, we must move on from the past and create the conditions for a transition towards a health service model for the future. To do this, it is necessary to have a structured vision, which can only be built with a choral contribution of ideas: effective and efficient programming is that which starts from a vision of the system and from a long-term stabilization of the state financing.

KEY WORDS COVID-19; national health service; flexibility; resilience; recovery fund.

Riassunto

L'emergenza creata dalla diffusione del COVID-19 ha generato una diffusa consapevolezza sulla centralità del tema salute in tutte le politiche. È essenziale che il monitoraggio su basi scientifiche del settore Sanità rimanga persistente con un confronto che deve vedere protagonisti i Sanitari attraverso la partecipazione delle associazioni medico-scientifiche che sono le portatrici reali dell'esperienza vissuta giorno dopo giorno. Il confronto è reso ancor più necessario dalla previsione dell'arrivo di un cospicuo ammontare di risorse finanziarie: la Sanità italiana, e tutto il Paese, non si possono certamente permettere di perdere l'occasione per un radicale ammodernamento delle proprie infrastrutture, ragionamento sul quale si basa l'attuale discussione in Parlamento. Il *Recovery Fund* sarà una grande opportunità se sapremo riformare la macchina del nostro Paese, quindi se sapremo ristrutturare il nostro SSN. Come dire che la *mission* del nostro SSN non si tocca ma la *vision* deve adeguarsi alle mutate e future esigen-

ze sociali, almeno guardando i prossimi 10 anni. La sanità non deve essere un settore generatore di spese ma un investimento per la crescita. Un'efficace programmazione richiede di essere preceduta da una *vision* strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e quindi i *target* con i quali misurare la propria efficacia. Colmare le disuguaglianze di salute che ancora persistono nel Paese: deve essere questa la priorità nell'impiego delle risorse e rendere effettivo l'universalismo del SSN per tutti gli italiani, allo stesso modo sull'intero territorio nazionale. Fondamentale è il ruolo del “territorio”. È necessaria una profonda riflessione sul rapporto fra Ospedale e Territorio: non ha più senso pensare alle due categorie in termini alternativi. Il principale ostacolo al potenziamento del “territorio” è la mancanza di una condivisione sui modelli organizzativi. L'evolvere e l'affinarsi delle conoscenze tecnologiche con la sempre maggiore diffusione delle “reti” telematiche e di hardware informatico, insieme ai cambiamenti demografici e di morbidity, impongono un ripensamento delle modalità di erogazione delle cure. Tanto più in quelle condizioni – ad esempio nelle patologie croniche quali il diabete mellito – nelle quali l'ausilio tecnologico può essere la soluzione per consentire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle cure in condizioni di massima sicurezza. È arrivato anche il momento, rivedendo il nomenclatore dei tariffari (Revisione LEA) di definire percorsi specifici di cura che siano i nuovi riferimenti per la definizione delle tariffe, e che consentano quindi di abbandonare la rigida logica di prescrizione e rimborso delle singole prestazioni (Livelli Essenziali di Percorso, LEP). Questo modello risponderebbe in modo più puntuale alle esigenze di una “medicina centrata sulla persona”, riconosciute sia dal Piano Nazionale del diabete che dal Piano della Cronicità come modelli assistenziali più efficaci per la presa in carico della Cronicità, in grado di salvaguardare e proteggere il paziente nel lungo termine, prevenendo le acuzie e assicurando una vera responsabilizzazione dei Sanitari interessati. L'affermazione di un nuovo modello organico di presa in carico della Persona con Diabete determina il riconoscimento di una tariffa onnicomprensiva a questo costo percorso/processo, che ovviamente include diverse prestazioni a fronte di diverse condizioni specifiche – per esempio il piede diabetico, il diabete in gravidanza, l'impianto di microinfusori – grazie anche all'avvio della telemedicina e teleassistenza. Dobbiamo senza dubbio investire non per mantenere l'esistente, né per ritornare a come eravamo prima della pandemia COVID-19, bensì per

creare le condizioni di una transizione verso un modello di servizio sanitario per il futuro. Per fare ciò è necessario avere una *vision* strutturata, che può essere costruita solo con un apporto corale di idee: una programmazione efficace ed efficiente è quella che parte da una *vision* del sistema e da una stabilizzazione nel lungo periodo del finanziamento dello Stato.

PAROLE CHIAVE COVID-19; servizio sanitario nazionale; flessibilità; resilienza; recovery fund.

Premessa

Ricorderemo il 2020 per la pandemia COVID-19, evento pandemico di quelli che segneranno l'evoluzione sociale a livello globale. L'emergenza creata dalla diffusione del COVID-19 ha nel contempo generato una diffusa consapevolezza sulla centralità del tema salute in tutte le politiche: ciò ha rafforzato la convinzione dell'importanza della scelta di avere un sistema pubblico e universale per la sua tutela. Sarà importante fare in modo che questa acquisita consapevolezza non svanisca alla fine dell'emergenza. Per questo è essenziale che il monitoraggio su basi scientifiche del settore rimanga persistente, continui ad alimentare il dibattito sulle politiche sanitarie e diventi permanente, un confronto che deve vedere protagonisti i Sanitari attraverso la partecipazione delle associazioni medico-scientifiche che sono le portatrici reali dell'esperienza vissuta giorno dopo giorno. Anche la FONMCEO che siede ai tavoli del confronto (audizioni parlamentari) deve avere chiaro dai Professionisti dei vari settori quali sono concretamente gli interventi per ristrutturare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sarebbe un grave errore non coinvolgere i Medici nei processi decisionali puntando a qualche aumento percentuale di qualche indennità, sotto le due cifre: chi, meglio di un medico, sa cosa occorre ai medici e ai pazienti, perché il sistema di cure funzioni con efficienza, efficacia e qualità. Il confronto si deve sviluppare all'interno delle comunità scientifiche per definire una proposta condivisa di largo respiro e per evitare che la politica mascheri e trincerati la propria inerzia dietro un immobilismo figlio di categorie professionali abituate a grandi proclami ma scarsa definizione degli obiettivi. Il confronto è reso ancor più necessario dalla previsione dell'arrivo di un cospicuo ammontare di risorse finanziarie: la Sanità italiana, e tutto il Paese, non si possono certamente permettere di perdere l'occasione per un radicale ammodernamento delle proprie infrastrutture, ragionamento

sul quale si basa l'attuale discussione in Parlamento. Bisogna però convincersi che le risorse da sole non sono condizione sufficiente di successo se non si capisce cosa realmente serve. Senza una visione strategica e un'approfondita capacità di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni da intraprendere in riferimento a un ammodernamento del nostro Sistema sanitario si rischia l'avvio di cantieri che non finiscono mai, legati alla nostra scarsa e storica capacità di spendere i soldi europei (vedi scarso utilizzo dei Fondi europei!). Il *Recovery Fund* sarà una grande opportunità se sapremo riformare la macchina del nostro Paese, quindi se sapremo ristrutturare il nostro SSN: una condizione prioritaria che è tra l'altro alla base della concessione dei fondi previsti per l'Italia! Quindi non è possibile posizionare gli investimenti "a pioggia" in tutti i settori con la logica di non scontentare nessuno, ma è necessario prima di tutto chiarirsi come ristrutturare l'impianto del SSN e poi fare le opportune scelte.

Ovviamente non è in discussione il nostro SSN nei suoi principi che ne ispirarono la nascita: universalità, equità, uguaglianza. Principi che coincidono con i capisaldi del nostro Codice di deontologia Medica: umanità, solidarietà, sussidiarietà, tutela della salute individuale e collettiva, senza discriminazione alcuna, attuata attraverso la tutela della dignità, decoro, indipendenza e della qualità della professione. La tutela della salute garantita dall'accesso universalistico è una vera e sostanziale conquista di civiltà ma è necessario che recuperi in termini di maggiore efficienza e che soprattutto si adegui alle nuove realtà assistenziali. Come dire che la *mission* non si tocca ma la *vision* deve adeguarsi alle mutate e future esigenze sociali, almeno ai prossimi 10 anni. Purtroppo dalla discussione avviata e dalle proposte avanzate nel *Recovery Plan* da avviare con i fondi dell'Unione europea non emerge un nuovo modello di SSN, ma solo il rifinanziamento di capitoli di spesa noti. A oggi le misure prese appaiono in buona sostanza reattive, fondamentalmente risposte per fronteggiare la pandemia. Quindi è necessario un confronto sulla strategia dei prossimi dieci anni. Con il *Recovery Fund* dobbiamo chiudere definitivamente la stagione dei tagli e la sanità va considerata come parte essenziale del nostro sistema produttivo e di ricerca. La tutela della salute è un investimento fondamentale ed è la precondizione per lo sviluppo economico, come abbiamo imparato dal COVID-19. La sanità non deve essere un settore generatore di spese ma un investimento per la crescita. Questo implica la responsabilità politica di saper inserire nella *vision* sul futuro del SSN, il perseguimento di

un coordinamento stretto fra Ministero della Salute e gli altri dicasteri, a iniziare dallo Sviluppo Economico e a seguire con l'Ambiente: la Salute diventi un elemento fondante di tutte le politiche. È stato approvato già da qualche mese un impianto generale di piano per la sanità facente parte del più ampio "Piano Nazionale per la Resilienza e la Ripresa (PNRR)", un programma quadro per gli investimenti predisposto per rispondere nel più breve tempo possibile alla crisi economica e sociale imposta dalla pandemia da Covid-19. Il 15 settembre 2020 il Governo ha inviato al Parlamento italiano un documento per delineare le linee guida da seguire per accedere ai fondi messi a disposizione dal cosiddetto *Recovery Fund*, ossia il tesoretto di 750 miliardi che l'Unione europea ha messo a disposizione dei propri Stati membri attraverso prestiti e sovvenzioni. Il piano per la sanità si basa su quattro direttrici: territorio e sanità di prossimità, ospedali in rete, salute e ambiente, innovazione digitale per il SSN. Nel PNRR non ci sono scommesse sui fondamentali. Ad esempio, la prevenzione resta ancorata al 5% del fondo sanitario e c'è poca *health service research* che servirebbe ad adottare nuove tecnologie e metodiche organizzative almeno in parte collaudate.

Programmazione senza strategia complessiva

La lunga premessa è, nelle intenzioni, funzionale a discutere di *vision* e, a seguire, di programmazione: questioni che, nei sistemi complessi (quale quello sanitario), sono essenziali.

Un'efficace programmazione richiede di essere preceduta da una *vision* strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e quindi i *target* con i quali misurare la propria efficacia. La discussione parte dai dati risultanti dalla gestione dell'emergenza COVID-19. Pur ribadendo che ogni attenuante va applicata per le modalità e l'intensità di evoluzione della pandemia, per spiegare quello che è successo va però ricordato l'ormai quasi trentennale ricerca, per certi versi spasmodica, del risanamento finanziario del sistema, che ha portato a perseguire la riduzione al minimo della capacità inutilizzata del sistema; va da sé che questa politica riduce i "margini" per far fronte ad eventuali eventi "imprevisti". La deospedalizzazione è stata il *must* delle politiche sanitarie degli ultimi decenni. Nel contempo non si sono percepiti il cambiamento dei bisogni reali, un cambiamento spinto dalla innovazione che implica sempre maggiore dispo-

nibilità di opportunità terapeutiche. Un esempio sono i venti anni di documenti sulla telemedicina e poi... in 3 mesi si è attivata! L'aggettivo "resiliente" sembra essere diventato il termine di riferimento in Sanità nel corso della pandemia, termine che sta a caratterizzare l'atavica capacità degli italiani ad adattarsi vivendo spesso in ... emergenza. Questa capacità che dà onore alle professionalità sanitarie deve però integrarsi in una proposta strategica per il futuro della Sanità in "flessibilità" (dalla Treccani: variare, modificarsi, adattarsi a situazioni o condizioni diverse); la sostenibilità richiede un ammodernamento delle nostre strutture e delle nostre organizzazioni, capace di renderle "adattabili" alle future esigenze nell'evoluzione dei bisogni. La flessibilità è un aspetto proattivo della resilienza e dovrebbe essere un obiettivo primario: è necessario diventare promotori di cambiamento e di innovazione per attraversare i cambiamenti epocali. Una metodologia da inserire potrebbe essere stabilire algoritmi legati all'intervento programmato dettagliando procedure, tempi e obiettivi, con l'intervento sostitutorio da parte dello Stato laddove gli organismi preposti non rispettino il percorso definito. È stato da più parti affermato che in Italia nulla si riesce a fare a causa di una burocrazia elefantica che, di fatto, blocca ogni volontà di fare; il termine "burocrazia" ha assunto un significato sostanzialmente negativo. La burocrazia è un freno per il Paese: genera confusione con un atteggiamento di "amministrazione difensiva" visto il funzionamento di altre Istituzioni (ad esempio il sistema giudiziario) minando il buon funzionamento delle norme. Quindi il primo punto è che l'emergenza ci obbliga a riflettere sulle regole con cui vogliamo gestire il SSN nel futuro. In altri termini, l'emergenza ha definitivamente posto in primo piano la questione della possibilità per il *management* delle aziende pubbliche di perseguire un'adeguata efficienza con l'assetto giuridico-istituzionale esistente: è necessario prima di tutto riscrivere le regole altrimenti molto rimarrà sulla carta. Un sistema la cui amministrazione non riesce a funzionare con tempi ragionevoli e certezze di risultato, è destinato a soccombere o a generare costi molto rilevanti per la Società. Né tantomeno è possibile operare sempre in deroga come si è verificato nella gestione della pandemia.

Primo punto: eliminare le disuguaglianze

Colmare le disuguaglianze di salute che ancora persistono nel Paese: deve essere questa la priorità

nell'impiego delle risorse e rendere effettivo l'universalismo del SSN per tutti gli italiani, allo stesso modo sull'intero territorio nazionale. Si deve intervenire tempestivamente in tutte le regioni italiane per rendere il sistema più adeguato ai bisogni di salute della popolazione, più accessibile a tutte le persone. Non possiamo non evidenziare come i singoli sistemi sanitari regionali registrino rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei livelli essenziali d'assistenza e disomogeneità nell'accesso alle cure tra le aree geografiche. Sono in aumento le disuguaglianze di salute tra le Regioni, soprattutto tra quelle del Nord e quelle del Sud. La scelta politica di premiare i Sistemi Sanitari Regionali più virtuosi andrebbe rivista con un meccanismo che introduca sistemi di riequilibrio tra le varie regioni. Le differenze nell'accesso esasperano il fenomeno della "mobilità sanitaria", cioè della necessità di spostarsi al di fuori della propria Regione per avere accesso a cure di qualità maggiore. Un sistema che soffre di disparità così evidenti è iniquo e le azioni di riforma e miglioramento dovrebbero tenere conto di questo fenomeno. Gli interventi su cui discutere sono la modifica della *governance* del Servizio sanitario nazionale, ridefinire i livelli essenziali di assistenza, rivedere le modalità di costituzione e ripartizione del Fondo sanitario nazionale ma anche mettere mano a una revisione del rapporto Regioni/Stato nell'ambito delle Riforme da attuare. L'impianto solidaristico del SSN non riesce più a compensare le disuguaglianze che si creano anche sul versante della spesa privata: è paradigmatico che dove anche si osserva un'apparente riduzione delle disuguaglianze, come nel caso dei consumi privati, si assiste ad una crescita più rapida della spesa sanitaria a carico delle famiglie meno abbienti, oltretutto a scapito degli altri consumi. L'innovazione digitale può essere un utile strumento per garantire uniformità e facile accesso alle cure. Si deve investire nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina. Il farmaco deve essere a disposizione sul territorio attraverso un sistema che è quello delle farmacie a disposizione dei cittadini in ogni quartiere. La necessità di predisporre e utilizzare strumenti digitali e di telemedicina nella gestione dell'emergenza ha accelerato processi che sembravano fermi da tempo e dato vita a diverse soluzioni virtuose nelle Regioni italiane. È necessario continuare ad agire per lo sviluppo dell'agenda digitale, con particolare riferimento a dematerializzazione delle ricette. Durante l'emergenza, la telemedicina ha dato prova del suo importante contributo: dalle televisite

al monitoraggio, dal teleconsulto all'assistenza da remoto. Ci voleva la pandemia da Covid-19 per una significativa accelerazione alla semplificazione amministrativa, incoraggiando un impiego più snello ed efficiente di soluzioni digitali già esistenti. Ovviamente lo sviluppo dei servizi di *e-health* potrà però dirsi compiuto con successo solo dopo che saranno definite con chiarezza le modalità di tariffazione delle prestazioni (tali da garantire un'adeguata remunerazione dei professionisti), le norme sulla responsabilità del personale sanitario e le indicazioni per un appropriato inserimento della telemedicina nel percorso terapeutico, considerandola un'integrazione in grado di portare valore aggiunto e non una mera sostituzione delle vie tradizionali. In definitiva la digitalizzazione è un'opportunità per continuare a garantire i livelli assistenziali migliorandone l'accesso alle prestazioni (equità e uguaglianza), per superare la politica a silos dell'assistenza, per migliorare il rapporto clinico concentrandosi sulle reali esigenze del paziente. Dati, persone, processi e strumenti hanno bisogno di "parlarsi". In particolare la digitalizzazione per patologie croniche come il diabete, per le quali esistono già molti sistemi disegnati sulle necessità dei pazienti, deve essere la chiave di svolta per la ristrutturazione del SSN.

Il baricentro della sanità sul territorio

Fondamentale è il ruolo del "territorio". La quantità di deliberazioni e proclami sull'importanza di potenziare e normare il territorio risulta imbarazzante se paragonata agli effetti pratici, come dimostrato dal fatto che rimane il punto debole del nostro SSN. Sul tema la condivisione si ferma al principio; nessuno nega l'importanza di un potenziamento del cosiddetto "territorio" ma manca la condivisione sul rapporto che si vuole instaurare fra le varie soluzioni assistenziali. Il principale ostacolo al potenziamento del "territorio" è la mancanza di una condivisione sui modelli organizzativi; di fatto, ancora una volta possiamo classificarla come una mancanza di strategia su cosa debba essere l'alternativa all'ospedale nel SSN. Andrebbe allora sviluppata, a maggior ragione in una fase che sembra preludere a significativi investimenti strutturali, una riflessione sul tema del rapporto fra Ospedale e Territorio, prendendo atto che, come l'esperienza che stiamo vivendo sembra indicare, non ha più senso pensare alle due categorie in termini alternativi. Il piano PSRR prevede 2564 nuove case di comunità (ex Casa della Salute) che

dovranno riferirsi a tutti gli italiani e dare risposte specialmente a 13 milioni di pazienti cronici; inoltre 575 centrali da istituire per guidare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) perché medico di famiglia, specialista e infermiere seguano 500 mila over 65 in più a casa; inoltre si dovranno creare 753 nuovi ospedali di comunità. Un altro capitolo prevede di destinare il 50% delle risorse all'edilizia sanitaria e un ammodernamento delle tecnologie. Il parco delle nostre strutture tende certamente all'obsolescenza e la scelta di privilegiare questo tipo di finanziamento è certamente quella che viene in mente con più immediatezza. Sarebbe, però, colpevole pensare che basti avere strutture tecnologicamente "aggiornate" per aumentare in modo significativo l'efficienza del sistema. Servono nuovi modelli di rapporto fra strutture di ricovero e territorio. Sarebbe, quindi, auspicabile vedere un'inversione di tendenza: nel passato si è spesso operato allocando le risorse su singoli progetti generando silos senza osmosi fra loro e, più di qualche volta, erogazioni a pioggia; sarebbe invece preferibile partire da una strategia d'integrazione o meglio un unico processo del futuro sistema sanitario: allocare le risorse sulla base di una prioritarizzazione esplicita dei rendimenti sociali attesi delle varie alternative progettuali. Questo deve avvenire con degli algoritmi precisi puntando a un continuum tra ospedale e territorio, con step di realizzazione definiti sull'obiettivo di integrazione tra i vari componenti dell'assistenza, con tempi di realizzazione precisi. Le strutture "intermedie" stentano a decollare. Nel PNRR si parla, ad esempio, di alcuni indicatori per le case di comunità e gli ospedali di comunità parametrati al numero di abitanti, ma questo non è sufficiente. Prima di tutto occorre tenere conto della situazione orografica del territorio che tende a essere molto diversificata. Chi deve gestire gli ospedali di comunità? quali sono i ruoli e il rapporto tra Casa della comunità e ospedale? come si articola la specialistica nelle Case di comunità? Ci sono numerose questioni aperte che poi minano l'effettiva realizzazione dell'impianto. A questo punto perché non si riconosce all'ospedale la sua funzione di polo di attrazione di fatto, intorno al quale si sviluppano servizi di ricovero, ma anche di prevenzione, diagnosi, assistenza domiciliare, semplificando un sistema di offerta integrato, in cui territorio e ospedale siano un tutt'uno, che si concentra sulla soddisfazione dei bisogni dei pazienti? Pensare per esempio ai Dipartimenti assistenziali ospedale-territorio con PDTA condivisi tra i vari operatori potrebbe essere una soluzione alla luce della digitalizzazione da programmare. Questa sarebbe

poi la logica premessa all'istituzione delle Reti Assistenziali in un sistema regionale che sappia dare risposte rapide alle esigenze di salute verso un nuovo sistema di cure, reticolare, multicentrico e di elevata professionalità.

Dell'assistenza primaria fa, infatti, parte certamente anche l'attività specialistica; attività primaria e secondaria sono ormai un continuum, sostanzialmente senza soluzione di continuità. In questo senso bisogna ripensare alle funzioni e al ruolo dei distretti sanitari. Il tema non è solo, e non tanto, l'aggregazione dei professionisti, quanto la loro integrazione con gli altri servizi; in pratica allo stato è un sistema in cui non c'è rapporto fra la funzione della medicina di base e gli altri *setting*. Questo vale in prospettiva anche per gli infermieri; che possano avere una funzione essenziale per lo sviluppo del territorio non c'è dubbio, ma non è chiaro come questa si debba esplicare.

Un sistema sanitario avanzato in cui la popolazione invecchia è anche un sistema in cui le patologie croniche hanno un peso maggiore rispetto alle acuzie (nel 2018, secondo Istat, il 40,9% della popolazione aveva almeno una patologia cronica). Nonostante questo, la spesa in *long-term care* è pari al 10,6% della spesa sanitaria totale, quasi la metà rispetto a Regno Unito e Germania ed è sostanzialmente costante negli ultimi anni. Un sistema così fortemente centrato sull'ospedalità rischia di non essere in grado di reggere una domanda di salute che può e deve essere in gran parte gestita sul territorio. Solo con il digitale è possibile "spostare" le cure verso il territorio, dando maggiore *empowerment* a operatori sanitari e care-giver di primo livello, e ricostruendo il sistema di cura attorno al cittadino-paziente: il paziente al centro e non il SSN al centro deve essere la preoccupazione dei Politici!

Bisogna ristrutturare l'assistenza territoriale e domiciliare colmando le lacune parzialmente risolte dagli interventi emergenziali introdotti in fase COVID-19 (USCA); è necessario proseguire nell'adeguamento strutturale della rete informatica e digitale del nostro SSN necessaria per una corretta programmazione sanitaria fondata sulla raccolta, il monitoraggio, la condivisione e l'analisi dei dati sanitari e, in definitiva, al funzionamento degli strumenti di telemedicina già introdotti; è necessario intervenire affinché gli strumenti regionali abilitanti all'utilizzo della tecnologia in sanità (come ad esempio la codifica delle prestazioni in telemedicina) siano diffusi uniformemente su tutto il territorio italiano. Nella valutazione delle destinazioni del *Recovery Fund*, va approfondito anche il capitolo dell'Information and Com-

munications Technology (ICT) e quindi dell'*e-health* (comprendendo in tale termine, per comodità, tutte la moltitudine di applicazioni delle tecnologie dell'ICT alla Sanità). Le tecnologie avanzano a ritmi impressionanti e bisognerà avere la capacità di anticipare le opportunità create da quelle che arriveranno sul mercato nei prossimi 5 anni, evitando di implementare quelle vecchie, con la speranza di recuperare un tempo perduto che, evidentemente, non tornerà, perché saranno presto obsolete.

L'evolvere e l'affinarsi delle conoscenze tecnologiche con la sempre maggiore diffusione delle "reti" telematiche e di hardware informatico, insieme ai cambiamenti demografici e di morbidità, impongono un ripensamento delle modalità di erogazione delle cure. Tanto più in quelle condizioni – ad esempio nelle patologie croniche quali il diabete mellito – nelle quali l'ausilio tecnologico può essere la soluzione per consentire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle cure in condizioni di massima sicurezza. Si realizza in questa prospettiva un'evoluzione rivolta a garantire in maniera sempre più diffusa l'accesso alle cure anche di eccellenza.

Politiche del personale

Gli investimenti rimangono certamente il banco di prova della politica sanitaria, ma non ci si può esimere dal proporre qualche riflessione sulla questione del personale che, pur facendo parte del capitolo della gestione della spesa corrente, è senza ombra di dubbio un elemento chiave del funzionamento del SSN. Da una parte, abbiamo rischiato, e il pericolo non è del tutto passato, di avere pensato di poter fronteggiare l'emergenza aumentando i posti letto, senza considerare che il vero collo di bottiglia, organizzativamente parlando, è pur sempre il personale sanitario.

Il problema è forse quantitativo ma certamente anche qualitativo: si è operato con massicce assunzioni, pare oltre 36.000 unità, ma poco è stato fatto per adeguare gli organici esistenti alle nuove condizioni operative. Le unità di personale dipendente sono diminuite per effetto di anni di vincoli. La riduzione è stata compensata da altre forme di lavoro non dipendente: possiamo osservare che il "depauperamento" si concentra nelle Regioni meridionali e nelle strutture non di ricovero (possiamo dire nel "territorio", che pure sulla carta si vorrebbe potenziare). Il Rapporto CREA (16° rapporto C.R.E.A. Sanità dell'Università di Tor Vergata di Roma, 2021) rileva come le dotazioni di personale italiane, confrontate

con quelle degli altri partner europei, risultano chiaramente inferiori per gli infermieri, ma non significativamente inferiori per i medici. Il combinato disposto di queste analisi sembra confermare che esiste un problema "quantitativo", per lo più concentrato sulla funzione infermieristica, ma principalmente esiste un problema qualitativo: ovvero un problema di reclutamento per specifiche figure specialistiche, che chiama in causa il percorso di formazione; un problema di ridefinizione delle competenze fra figure professionali e anche un problema di riorganizzazione delle varie professioni sul territorio. Grazie al PNRR si dovrebbe inoltre identificare il ruolo della professione nei vari setting assistenziali, ripensare i percorsi di studio e di carriera, sviluppare percorsi specifici per l'infermiere nella telemedicina e teleassistenza.

La cronicità: il paradigma "diabetologia"

Il problema del "quantitativo" del numero dei medici deve essere rivisitato in termini qualitativo: si è assistito a un mancato intervento per la conferma e il rilancio della specialistica in alcune branche come l'endocrinologia e la diabetologia favorendo nel tempo la chiusura dei servizi ospedalieri e una diminuzione delle ore nei distretti. Eppure non manca anche in ambito politico la convinzione della grave epidemia di diabete e obesità, che tutti ammettono, mina la vita di molti cittadini e soprattutto aumenta notevolmente la spesa sanitaria. Nell'audizione alla Camera nel 2016 e poi nell'audizione al Ministero della Salute (Patto della Salute, 2019), AMD ha sempre ribadito la necessità di dare atto a quanto previsto dal Piano nazionale per il diabete per il numero delle strutture diabetologiche in rapporto al numero degli abitanti. Ma bisogna andare oltre! C'è bisogno di un Dipartimento Diabetologico - Endocrinologico Ospedale – Territorio per la continuità assistenziale con Unità Operative ospedaliere e Unità Operative sul territorio con caratteristiche organizzative ben definite, con ruoli riscritti e condivisi, superando la logica della visita specialistica una tantum, in una logica di Rete come accennato sopra. E' arrivato anche il momento, rivedendo il nomenclatore dei tariffari (Revisione LEA) di definire percorsi specifici di cura che siano i nuovi riferimenti per la definizione delle tariffe, e che consentano quindi di abbandonare la rigida logica di prescrizione e rimborso delle singole prestazioni (*Livelli Essenziali di Percorso*, LEP). Questo modello risponderebbe in modo più

puntuale alle esigenze di una “medicina centrata sulla persona”, riconosciute sia dal Piano Nazionale del diabete che dal Piano della Cronicità come modelli assistenziali più efficaci per la presa in carico della Cronicità, in grado di salvaguardare e proteggere il paziente nel lungo termine, prevenendo le acuzie e assicurando una vera responsabilizzazione dei Sanitari interessati. L'affermazione di un nuovo modello organico di presa in carico della Persona con Diabete determina il riconoscimento di una tariffa onnicomprensiva a questo costo percorso/processo, che ovviamente include diverse prestazioni a fronte di diverse condizioni specifiche – per esempio il piede diabetico, il diabete in gravidanza, l'impianto di microinfusori – grazie anche all'avvio della telemedicina e teleassistenza.

Riflessioni conclusive

Da un punto di vista “qualitativo”, sembra sia maturata una nuova consapevolezza nell'opinione pubblica sul fatto che la salute sia condizione necessaria per lo sviluppo economico.

Il dubbio è: quanto durerà questa consapevolezza (abbiamo un'opinione pubblica che non brilla per memoria storica!)? Quanto ne rimarrà è probabilmente funzione dell'uso che faremo di questo inaspettato “bonus”. Ragionevolmente, se sapremo coniugare politiche assistenziali e politiche industriali, potremo sperare che si consolidi la percezione che “la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento” (tanto per usare un altro slogan oggi spesso abusato); in caso contrario, è facile immaginare che in breve la Sanità tornerà nell'alveo dei settori percepiti come fonte di spreco e malversazione. Questo implica la responsabilità politica di saper inserire nella *vision* sul futuro del SSN il perseguimento di un coordinamento stretto fra Ministero della Salute e gli altri dicasteri, ad iniziare dallo Sviluppo Economico e a seguire con l'Ambiente facendo davvero diventare la Salute un elemento fondante di tutte le politiche. L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi e anche alcuni limiti del SSN, limiti peraltro noti da tempo. Il fallimento di alcune politiche rimaste meramente sulla carta è in larga misura ascrivibile a una mancanza di strategie operative con algoritmi di percorso ben codificati con il rischio maggiore di rimanere schiavi di una continua gestione in emergenza del sistema sanitario che comporta costi economici e umani. Dobbiamo senza dubbio investire non per mantenere l'esistente, né per ritornare a come eravamo

prima della pandemia COVID-19, bensì per creare le condizioni di una transizione verso un modello di servizio sanitario per il futuro che sarà adeguato anche fra 5 o 10 anni. Per fare ciò è necessario avere una *vision* strutturata, che può essere costruita solo con un apporto corale di idee: una programmazione efficace ed efficiente è quella che parte da una *vision* del sistema e da una stabilizzazione nel lungo periodo del finanziamento dello Stato. Nonostante tutto, i Medici hanno continuato a svolgere il loro lavoro, moltiplicando i sacrifici e le rinunce, pagando anche con la vita. Ancora se ce n'era bisogno di dimostrarlo oggi, i Professionisti e gli Operatori sanitari sono il vero tessuto connettivo che ha tenuto e tiene in piedi il SSN. I Medici, prima osannati eroi, poi incompiuti e non valorizzati, non perdono, in ogni caso, la passione per la loro Professione; per quella Professione che è un mix di conoscenze, competenze e valori: *di sapere, saper fare, saper essere*. Queste riflessioni sono un contributo personale alla discussione in atto in ambito politico-sanitario e spero sia un punto di discussione che si allarghi all'interno della nostra Associazione al fine di condividere obiettivi precisi nell'ambito di un momento storico di investimenti e riforme.

Bibliografia

1. D. Tangolo. Transitional Care. Quaderni 24 Ore Sanità, 2017.
2. Piano Nazionale delle cronicità 2016. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?
3. P. Di Bartolo. La Telemedicina nella pandemia diabete e social distancing beyond. Glycemia Anno X - N. 1, 2020 ISSN 2279-9729.
4. DPCM 11 Marzo 2020: <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-conte-firma-il-dpcm-11-marzo-2020/14299>
5. https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLLO-TELEMEDICINA-COVID19-AMD_SID_SIE_28_03_20.pdf
6. https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2020/03/AMD_SID_SIE_PDTA_telemedicina_01_04_20.pdf
7. D. Mannino, P. Di Bartolo. Istituto Superiore di Sanità e AMD, un'alleanza per la valorizzazione della Telemedicina nella Diabetologia. JAMD - The journal of AMD 21:82-85, 2018.
8. F. Gabbrielli, L. Bertinato, G. De Filippis, M. Bonomini, M. Cipolla. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020.
9. <https://www.agendadigitale.eu/infrastrutture/la-trasformazione-digitale-dal-piano-colao-al-pnrr-cinque-punti-per-recuperare-il-tempo-perduto/01.03.2021>.
10. F. Spandonaro, D. D'Angela, B. Polistena. 16° rapporto C.R.E.A. Sanità - Dipartimento di Economia e Finanza-Università di Tor Vergata di Roma, Dic.2020. <https://www.creasanita.it/index.php/it/ultima-edizione>