

1.1. Dopo il Coronavirus. Che fare del sistema sanitario?

Ovvero le possibili conseguenze strutturali dell'epidemia

Bruno Dente, | 28 luglio 2020

Tra le molte incertezze che circondano gli attuali eventi, c'è almeno una cosa sicura: il nostro sistema sanitario, come del resto quello di tantissimi altri paesi, era impreparato a far fronte all'epidemia ed è andato sotto stress. Io credo invero che la principale motivazione delle misure adottate in quasi tutti i paesi sia proprio quella di evitare di dover platealmente rifiutare le cure (o più precisamente l'assistenza) ad una gran quantità di malati.

Questo intervento non è rivolto a chi usa questa occasione per scagliare le consuete invettive contro "lo sfascio del sistema sanitario", i "tagli selvaggi", la diminuzione del numero di letti, il "regionalismo scellerato", la "privatizzazione", il "neoliberismo", "la bancarotta della classe politica", ecc.

Costoro, indipendentemente dalla sofisticazione dei loro discorsi, sono gli stessi che credevano esattamente nelle stesse cose prima dell'epidemia e pertanto interpretano gli eventi come la rassicurante prova che avevano sempre avuto ragione. Va detto che purtroppo queste posizioni fanno un gran danno: concentrano l'attenzione su caratteri generali del sistema e offuscano il dibattito su che cosa fare e come operare per avere un servizio sanitario migliore, più "resiliente" e più equo.

Invece l'epidemia è l'occasione per fare qualche cosa di importante, se non altro perché avrà potenzialmente l'effetto di far aumentare le risorse economiche a disposizione della sanità in maniera molto significativa (se il nostro governo riuscisse ad uscire da un dibattito assurdo sul MES, la possibilità di finanziare a basso costo investimenti sanitari enormi sarebbe dietro l'angolo). E tuttavia usare bene questi soldi significa scegliere una strategia, definire delle priorità e mettere in campo le azioni adeguate a realizzare il progetto. Le trasformazioni, e quelle importanti soprattutto, non avvengono da sole.

A mio avviso, e per essere ottimisti, di fronte a noi stanno due possibili strade, purtroppo parzialmente alternative.

La prima, la più semplice, è quella di concentrare gli sforzi sulla gestione delle future emergenze sanitarie. Personalmente ho pochi dubbi che su questo punto faremo notevoli passi avanti: miglioreremo i sistemi di *early warning*, costruiremo scorte di materiali necessari (i ventilatori, i DPI, ecc.), sfrutteremo le nuove tecnologie per il *tracking* degli infetti, avremo piani già pronti per gestire un aumento improvviso dei ricoveri e/o della necessità di ampliare le terapie intensive. Possibilmente troveremo una cabina di regia più adeguata, fornendo alla Protezione Civile o a chi per lei quelle competenze sanitarie che attualmente sono assenti (se è vero quello che si legge, nella struttura attuale non c'è nessun epidemiologo in grado di affrontare l'emergenza: la scelta di affidare alla Protezione Civile la gestione della risposta è motivata non dal fatto che sa che cosa fare ma dalla possibilità di usare le procedure amministrative speciali). Sperabilmente nel far ciò adatteremo gli stessi principi chiave di collaborazione interistituzionale, coordinamento su base territoriale e mobilitazione civica che hanno dato buona prova di sé nelle purtroppo frequenti emergenze sismiche o idrogeologiche.

Io mi spingerei ancora oltre: le incertezze cui abbiamo assistito su a chi spettasse il compito di dichiarare la "zona rossa" vanno sciolte nel senso di attribuirne la competenza a tutti - Comuni, Regioni, Governo - per garantire la più veloce risposta possibile all'emergenza di focolai. A rimuovere i divieti inutili si fa sempre in tempo, ma l'espansione dei contagi una volta avvenuta non può essere cancellata da un atto amministrativo.

Insomma, la prossima volta saremo più preparati e avremo un piano anti-pandemia nazionale che non sia il copia-incolla delle linee guida dell'OMS (come mi sembra di aver capito) e che soprattutto verrà testato periodicamente attraverso l'addestramento dei soggetti coinvolti. Dal punto di vista di quello che è il mio mestiere (l'esperto di *policy*), questa trasformazione si configura come un cambiamento di secondo grado: non incrementale, ma che non comporta modifica del paradigma alla base delle attuali politiche sanitarie.

È un'aggiunta importante e necessaria che possiamo aver fiducia sarà in grado di limitare l'impatto della pandemia: [come ha detto Ilaria Capua](#), l'obiettivo prioritario del Paese deve essere quello di far tornare gli ospedali a regimi gestibili, e di

recuperare l'arretrato. Un piano ben fatto e ben attuato dovrebbe evitare di trovarci in futuro nella stessa situazione.

E tuttavia, [come hanno segnalato parecchi esperti](#), è il paradigma di base che dovrebbe essere messo in discussione. Detto in parole semplici (le uniche che sono sicuro di aver capito), l'approccio dominante è quello centrato sul paziente e sui suoi bisogni sanitari: dato lo sviluppo attuale delle *life sciences*, esso ha i suoi punti alti nella medicina specialistica e negli ospedali. Per combattere efficacemente l'epidemia occorre un *community based approach* che limiti al massimo l'ospedalizzazione. Ciò comporta una trasformazione profonda del sistema durante le fasi acute della crisi.

Questo punto è importante perché apre la possibilità di seguire una seconda strada per il dopo-pandemia. È da tempo infatti che molti osservatori ed operatori sostengono la necessità di potenziare la medicina territoriale sostenendo che attualmente il SSN è troppo squilibrato sul lato degli ospedali (per tutti si veda [qui](#) e [qui](#)). Il coronavirus, tanto più se si sposa l'analisi contenuta nel paragrafo precedente, offre l'occasione di mettere sull'agenda questa trasformazione che, a differenza della precedente, vuole alterare profondamente l'evoluzione delle politiche sanitarie sino a giungere ad un radicale cambio di paradigma.

È in questo senso che l'attuale pandemia rappresenta una finestra di opportunità. Essa attira l'attenzione sulla necessità di sviluppare un sistema sanitario territorializzato, anche ma non solo per combattere efficacemente le future emergenze sanitarie.

Detto in parole povere, se si crede nella necessità di riequilibrare l'organizzazione della sanità per renderla più efficiente, più efficace e più equa attraverso la costruzione di forti reti territoriali, il momento di agire è qui ed ora, perché altrimenti le dinamiche politiche e organizzative inerziali determineranno con ogni probabilità un aggravamento degli squilibri, dirottando una quota sproporzionata degli investimenti pubblici aggiuntivi e comunque della spesa sanitaria verso il sistema ospedaliero. Questo significa anche che, almeno in parte, le due strade sono alternative, se non altro perché prepararsi a gestire le future emergenze in presenza di forti reti territoriali è profondamente differente dal fare la stessa cosa nella situazione attuale. E questo significa infine che l'irenismo/massimalismo di chi dice che bisogna fare tutte e tre le cose (preparare l'emergenza, rafforzare la medicina specialistica e ospedaliera e potenziare la medicina territoriale) porta oggettivamente acqua al mulino del mantenimento dello *status quo*.

Tuttavia, il fatto che la finestra di opportunità resterà aperta ancora per parecchi mesi non significa che il mutamento del baricentro della politica sanitaria sarà agevole. In realtà sarà difficilissimo come del resto tutti i mutamenti di paradigma. Dei vari elementi necessari - secondo la letteratura e il buon senso - al momento ce n'è solo uno: lo shock esogeno che lo rende possibile. Per avere qualche chance bisogna metterne in campo almeno altri tre.

Il primo è la *leadership* o, se si preferisce, l'attivazione di un imprenditore di *policy*. La storia ci insegna che i cambiamenti di paradigma si basano su *leader* capaci di orientare le scelte malgrado opposizioni e resistenze (da Roosevelt a Thatcher) presentando esplicitamente le loro politiche come una rottura col passato.

Per stare più vicini alla nostra tematica, va ricordato che se il sistema sanitario lombardo ha puntato risolutamente sulla (priorità della) eccellenza nella medicina specialistica e negli ospedali ciò si deve non poco alla presenza di medici imprenditori e, come oggi si direbbe, *influencer*, da Mangiagalli a Veronesi, che hanno contribuito a realizzare questi ospedali e ad affermare la superiorità di questo modello (che comprende anche la prevenzione, certo, ma sempre in un rapporto diretto tra paziente e struttura sanitaria).

Una trasformazione radicale ha bisogno di un soggetto individuale o collettivo capace di attivare una coalizione ampia (anche di interessi!) capace di rovesciare le scelte inerziali e il mantenimento dello *status quo*.

Dopo l'ultimo terremoto in centro Italia, l'allora presidente del consiglio Matteo Renzi - uno dei pochi politici italiani ai quali

piacevano di più le politiche che la politica – lanciò il progetto Casa Italia per cercare di sviluppare una difficilissima politica di prevenzione dei danni connessi agli eventi naturali. Occorre che a livello nazionale e/o regionale emergano leader politici, istituzionali e professionali che adottino risolutamente questa impostazione e giochino le loro risorse in questa direzione.

Il secondo elemento essenziale di una campagna in questa direzione riguarda l'assoluta necessità di sviluppare e imporre una narrativa alternativa rispetto a quella dominante, sia in questa specifica contingenza, sia in tempi normali. Per la grande stampa è evidente che gli eroi e i martiri dell'attuale vicenda sono gli operatori ospedalieri (il Corriere della Sera del 3 aprile titola "Salgono a 73 i medici morti in corsia"; in realtà la grande maggioranza sono medici di base e molti, come è naturale attendersi, sono pensionati; il messaggio però è chiaro, l'epidemia si combatte negli ospedali). La pubblicità data alla costruzione di nuove strutture (dal reparto del San Raffaele dovuto all'impegno di Fedez e Chiara Ferragni, all'ospedale in Fiera realizzato in due settimane, al Corriere che il 13 aprile titola "Napoli meglio di Wuhan: in 30 ore costruito il reparto Covid") è del tutto sproporzionata rispetto a quella relativa alla attivazione, che pure c'è stata, dell'assistenza domiciliare e alla sua efficacia. Su questo bisognerebbe fare qualcosa subito.

Ma il problema è più generale e quindi bisogna chiedersi perché i nostri sistemi sanitari sono dominati dal paradigma ospedaliero. Ci sono certamente interessi economici in gioco, ma questo in un settore che assorbe il 10% del PIL c'è solo da aspettarselo. Ma c'è anche, e io credo soprattutto, un'evoluzione delle discipline mediche che va naturalmente verso la iperspecializzazione sempre tesa a spostare in avanti la frontiera della conoscenza. E da questo punto di vista i *research hospitals* sono l'ideale, il punto alto di tutto il sistema, il luogo in cui una gran parte dei medici sogna di andare, perché così potrà contribuire a curare i malati di domani. Quindi occorre assolutamente riuscire ad invertire questa tendenza perché solo così si riusciranno ad attirare sul territorio i migliori e a convincere i cittadini che tale svolta è meglio per la loro salute. Non ho molte idee su come si possa fare. Una possibilità è certamente quella di riuscire a spiegare che gli ospedali e il pronto soccorso sono pericolosi. In termini più positivi bisognerebbe probabilmente insistere sul fatto che le nuove tecnologie (dai sensori agli apparati portatili) rendono l'assistenza e la cura domiciliare migliore in assoluto. E bisogna raccontare storie di successo di come il rafforzamento ha generato migliore assistenza, ha moltiplicato le visite e le cure domiciliari, ha raggiunto strati della popolazione e gruppi sociali altrimenti a rischio di esclusione, ha semplificato e decongestionato il lavoro degli ospedali, ecc.

Si tratta anche di riuscire a creare degli slogan efficaci come dirò tra poco. Ma è un punto assolutamente centrale: se non si riesce a restituire *glamour* alla medicina pubblica e all'assistenza di base, le speranze di invertire le tendenze naturali sono molto scarse.

Il terzo elemento essenziale è naturalmente il progetto. Non ci si può limitare a lamentare che il territorio è la cenerentola del SSN. Occorre specificare quali sono i vantaggi di una maggiore territorializzazione del servizio sanitario. In passato la lotta al rachitismo, alla tubercolosi, alle condizioni di vita poco igieniche ha certamente contribuito alla salute della popolazione più di tante cure, esami diagnostici e farmaci (antibiotici esclusi). Ma oggi che siamo più ricchi e più informati?

Se l'unico scopo del rafforzamento fosse la risposta alla prossima emergenza coronavirus il cambio di paradigma sarebbe molto improbabile. Personalmente vedo vantaggi organizzativi rilevanti soprattutto se una migliore assistenza di base riuscisse a realizzare un filtro efficace sia per quanto riguarda la diagnostica sia per quanto riguarda la terapia, soprattutto, ma non solo, quella dei malati cronici. Ciò significa portare in periferia, ma anche a casa dei pazienti, una serie di competenze che oggi sono accentrate negli ospedali. Vedo anche ad un livello più generale un miglioramento dell'eguaglianza attraverso la possibilità di raggiungere di più o meglio chi si trova in situazione di difficoltà grave e non ha accesso – salvo il pronto soccorso – all'assistenza di cui avrebbe bisogno.

Ma per mostrare quali sono i vantaggi dal punto di vista sanitario e della qualità della vita dei cittadini occorre preliminarmente riuscire a precisare che cosa si intende per sistema territoriale sanitario "ideale": quali specialismi bisogna portare in periferia e quali mantenere accentrati nelle strutture ospedaliere. Si noti che tale sistema, per ridurre l'ospedalizzazione non indispensabile, deve anche decongestionare il pronto soccorso e persino i poliambulatori. Quindi nel sistema ideale occorre che per fare una semplice sutura non si debba andare al dipartimento di emergenza, non sia necessario muoversi per fare una ecografia, un'analisi del sangue o per la maggioranza delle visite specialistiche oltre che per

quelle di medicina generale.

Definire l'assetto ideale significa stimare i *trade off* tra qualità e costo delle diverse modalità di organizzare l'assistenza. È indispensabile sia per individuare i soggetti che dovrebbero essere i protagonisti di tale trasformazione (a solo titolo di esempio: le guardie mediche e le autoambulanze, ma anche le RSA; dei medici di medicina generale dirò subito), sia per immaginare le modalità di governance dell'assistenza, ecc.

All'importanza delle nuove tecnologie della telemedicina ho già accennato. Avere questo quadro è indispensabile non solo per definire le priorità e il percorso di avvicinamento allo stato ideale (da dove partire?), ma anche per costruire una posizione negoziale nella fase successiva.

Questo porta ovviamente ad occuparsi dei medici e dei pediatri di famiglia (MMG), dei loro compiti e della loro organizzazione. Mi pare evidente, ed è stato rilevato da moltissimi osservatori e studiosi, che l'attuale situazione non è soddisfacente. Un mutamento di paradigma come quello sopra delineato non può prescindere da un totale ripensamento delle loro funzioni, del loro sistema di remunerazione e, soprattutto, direi, della loro organizzazione. Attualmente ogni forma di associazione tra MMG è fatta su base volontaria e comunque non esiste alcuna forma di gerarchia professionale. Questo deve cambiare. Come già accennavo occorre inventare una governance sanitaria territoriale: forse un utile slogan potrebbe essere quello di "tornare al medico condotto", ovviamente non con le stesse caratteristiche del passato, ma come "primario territoriale" con compiti di supporto, orientamento e valutazione alla rete dei medici e dei pediatri di famiglia oltre che degli altri presidi territoriali. Questo ultimo punto è il più difficile: modificare radicalmente le modalità di lavoro di un vasto numero di professionisti è un'operazione che richiede chiarezza di visione, grande determinazione e un orizzonte temporale adeguato.

La buona notizia è che non è necessario fare tutto e subito. Rafforzare le reti assistenziali territoriali è un processo che può e deve partire dal basso. I Comuni, il mondo del privato sociale, il Terzo settore (le fondazioni di comunità), i soggetti privati (dal welfare aziendale alle strutture sanitarie e sociosanitarie) devono costruire coalizioni territoriali riconoscibili per chiedere a gran voce il riequilibrio di cui abbiamo parlato e iniziare a praticarlo.

Nel nostro paese abbiamo da tempo sviluppato un'attenzione, non ancora sufficiente certo, alle politiche di sviluppo locale e più in generale all'integrazione tra diverse politiche in una logica *place based*. Se la strategia nazionale per le aree interne è in questo momento l'esperienza più avanzata in questo senso, non bisogna però dimenticare che buona parte di questa partita si gioca nelle aree urbane e in particolare nelle periferie.

In ogni caso io credo che la forza di una campagna per una riforma radicale sarebbe molto superiore se si riuscisse, già da ora e immediatamente dopo la fine della pandemia, a costruire delle esperienze esemplari partendo da luoghi dove sono emersi dei *leader* naturali. Il vantaggio relativo di cui gode un movimento per una medicina basata sulla comunità è quello di potere evitare la concorrenza interna, presentando un fronte unito, mentre il sistema dominante deve scontare le divisioni interne tra i diversi specialismi.

E ovviamente la vicenda veneta mostra quale può essere il valore aggiunto della regionalizzazione con ciò aggiungendo - almeno potenzialmente - una dimensione istituzionale alla coalizione (oltre a disinnescare almeno in parte una discussione tutta basata sulla *partisan politics*).

Mi fermo qui anche perché occorre che altri - esperti di assistenza sociosanitaria, di tecnologie, di organizzazione, di comunicazione - definiscano i contorni del progetto. Ciò che un *policy analyst* può dire con una qualche certezza è che se un frammento di RNA ha aperto una finestra di opportunità spetta a degli attori in carne e ossa saperla sfruttare.

Moltissimi osservatori dicono che niente sarà come prima. In verità io non ne sono affatto sicuro: la capacità di rimozione dell'umanità e delle élites è gigantesca. I cambiamenti di paradigma da soli non succedono.