

Pandemia, sindemia e possibili politiche “One Health”

Facendo seguito all'articolo intitolato “Sviluppo (in)sostenibile e sistemi sanitari: la lezione della pandemia” di Eduardo Missoni, Docente di salute globale e sviluppo, Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale - CER GAS, SDA Bocconi, Milano, apparso su questa testata, di cui condivido molti spunti e considerazioni, cerco di portare un contributo ulteriore di riflessione sui temi affrontati.

“Malattie infettive emergenti e riemergenti ...”

Anthony Fauci in un suo articolo di commiato¹, afferma:

“Se qualcuno avesse qualche dubbio sulla natura dinamica delle malattie infettive, per estensione, la disciplina delle malattie infettive, la nostra esperienza nei quattro decenni trascorsi dal riconoscimento dell'AIDS avrebbe dovuto dissipare completamente tale scetticismo.

Oggi non c'è motivo di credere che la minaccia delle infezioni emergenti diminuirà, poiché le loro cause sottostanti sono presenti e molto probabilmente in aumento. L'emergere di nuove infezioni e il riemergere di quelle vecchie sono in gran parte il risultato delle interazioni umane e dell'invasione della natura. Man mano che le società umane si espandono in un mondo progressivamente interconnesso e l'interfaccia uomo-animale viene perturbata, si creano opportunità, spesso aiutate dai cambiamenti climatici, per far emergere agenti infettivi instabili, saltare specie e in alcuni casi adattarsi per diffondersi tra gli esseri umani ... Oltre all'ovvia necessità di continuare a migliorare le nostre capacità di affrontare malattie infettive consolidate come la malaria e la tubercolosi, tra le altre, è ormai chiaro che le malattie infettive emergenti rappresentano davvero una sfida perpetua. Come disse una volta uno dei miei esperti preferiti, Yogi Berra: “Non è finita

finché non è finita”.

Come è noto alcuni ricercatori (virologi e infettivologi) avevano messo in all'arme le istituzioni internazionali e la comunità scientifica su possibili zoonosi, ovvero salto di specie da animali a uomo sul tipo della SARS. Esistevano studi e ricerche già nel 2019 che paventavano per i gravi cambiamenti climatici e nell'ambiente il realizzarsi di «condizioni perfette» per lo sviluppo di zoonosi. Alla fine è arrivato Covid-19 corona virus mutante (ha già avuto decine di modificazioni dal suo insorgere). Oggi è ormai una pandemia e dobbiamo, nostro malgrado, convivere a lungo. Sono state e saranno più «ondate». Dobbiamo comunque finire di conoscerla e imparare come curarla. Con i vaccini per ora abbiamo operato dal versante della prevenzione. Abbiamo ancora da fare un percorso in salita.

■ Cosa abbiamo capito all'inizio della pandemia ...

Abbiamo capito però alcune cose fondamentali sin dalle settimane iniziali della pandemia:

- *Se non c'è una sanità pubblica universalistica il prezzo che possono pagare le comunità di fronte a pandemie simili e ricorrenti può essere enorme;*
- *Dovremo convivere con il virus per lungo tempo prima che, speriamo, “endemizzi” e dobbiamo monitorare i contagiati asintomatici e sintomatici, per ora non è certa l'immunizzazione anche se alcuni primi studi sembrano essere positivi;*
- *Dobbiamo ripensare l'organizzazione dei servizi ospedalieri in poli dedicati e specializzati per governare i contagiati gravi;*
- *Dobbiamo mettere in piedi servizi territoriali di prevenzione e cura secondo*

GIORGIO BANCHIERI

Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente DiSSE, Università “Sapienza”, Roma.

Per corrispondenza:
giorgio.banchieri@gmail.com

logiche di prossimità, seppur ripensate tenendo conto che sarà necessaria la dotazione al personale di dispositivi e strumentazioni diagnostici adeguati e tempestivi;

- *Dobbiamo dotarci di “Piani di Emergenza per pandemie”* con procedure specifiche di gestione degli screening e percorsi dedicati e strutture dedicate per la assistenza e la cura;
- *Avere procedure di Lockdown per “mitigare”* lo sviluppo delle pandemie e consentire ai SSN e SSR di dispiegare nei tempi giusti le loro risorse;
- *Dobbiamo ripensare i percorsi di formazione di medici e infermieri e delle altre professioni sanitarie* in funzione di una stima dei bisogni di assistenza e di turn over effettivo, riprogrammando i volumi delle iscrizioni necessarie nei corsi di laurea;
- *Dotarci di base dati epidemiologici condivisi tra Ministero/ISS/AGENAS/CNR/Centri di Ricerca pubblici/IRCCS/ Policlinici Universitari/Regioni/ARS in network con reti analoghe in Europa e a livello globale* sia per sviluppare studi specifici, che per condividere le conoscenze, i risultati e trovare strategie e percorsi di cura appropriati e efficaci a costi sostenibili fuori da una logica solo profit.

Per altro sullo sfondo abbiamo ulteriori minacce alla salute pubblica globale quali:

- Lo sviluppo di nuove varianti di SARS-COV-2 quali Krakhen e Arthur già in Italia;
- Il virus di Marburg, variante della febbre emorragica Ebola, in recrudescenza in Africa e non solo;
- La febbre del Nilo in forte diffusione in Africa e in America Latina (Argentina);
- L'influenza Aviaria, già presente in Europa;
- Lo sviluppo dei batteri antibiotico resistenti con un picco di morti in Italia (10.000 decessi annui);
- L'inquinamento ambientale e lo sviluppo delle presenze di microplastiche nelle catene alimentari, con conseguenze tutte da studiare sugli organi del corpo umano;
- Una grandissima quantità di virus che si nasconde nel “permafrost” e potrebbe riemergere a causa dei cambiamenti climatici.

La “Positon Paper” ASIQUAS 2022

Come ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, già SIQUAS VRQ, abbiamo ribadito nella nostra ultima “Position Paper” 2022 la necessità - per resistere e mitigare all'impatto della pandemia Covid-19 - di affermare nuovi modelli di assistenza, di appropriatezza e di accreditamento, basati su:

- Centralità di un Servizio Sanitario Nazionale universale ed equo;
- Conoscenza dei bisogni reali delle popolazioni in divenire e loro dimensionamento per peso e volumi;
- Ridefinizione dei modelli regolativi degli ospedali che ancora sono quelli della Legge Mariotti del 1968 anche se successivamente modificata e implementata dal Decreto 70;
- Sviluppo delle strutture intermedie sia specialistiche

che generaliste in una ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T Ministero/AGENAS/Regioni;

- Riorganizzazione dei servizi delle cure primarie, loro potenziamento e integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzamento dei Distretti e loro connotazione come “Agenzie di tutela della popolazione” dei territori;
- Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica e di intervento sociosanitario e con tempo di apprendimento dedicato a sviluppare nozioni adeguate su cosa significa il lavoro in equipe, la gestione dei gruppi e dei conflitti, in cosa consiste la leadership, come si coltivano l'empowerment, le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli stakeholder;
- Creazione di flussi informativi adeguati uniformi a livello nazionale cogestiti con le Regioni, ma con una cabina di regia unica che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di Linee Guida e Procedure dedicate come per le maxi emergenze.

In un contesto emergenziale il termine “appropriatezza” comporta alcune specificazioni:

- Come possono essere appropriate cure senza presidi farmacologici specifici e dedicati (vaccini) o altrimenti come si possono agire livelli adeguati di cure “evidence based” quando l'utilità la si può verificare empiricamente solo nell'epidemia in essere?
- Come si possono definire percorsi dedicati, procedure assistenziali e, al limite, PDTA specifici con le conoscenze attualmente disponibili e come è possibile aggiornarli progressivamente con il consolidamento delle conoscenze/esperienze?
- Con quali flussi informativi si possono seguire gli sviluppi della pandemia sia a livello nazionale e regionale, che a livello locale con matrici di indicatori e standard condivisi (vedi la diatriba sulle morti Covid 19)?
- Quali competenze tecniche, professionali e relazionali devono acquisire gli operatori che sono chiamati ad assistere pazienti COVID-19?

Infine come ogni pandemia l'impatto sulla popolazione richiede diversi livelli di risposta da parte dei SSR e delle aziende sanitarie sia ASL che aziende ospedaliere:

- *Bassa Complessità Assistenziale*: per i pazienti asintomatici dopo la loro individuazione tramite tamponi, esami sierologici o altro e tramite la tracciabilità dei loro spostamenti e contatti prima della verifica della loro positività (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG e degli specialisti territoriali);
- *Media Complessità Assistenziale*: per i pazienti sintomatici precoci e non gravi da gestire in strutture di quarantena con vigilanza sanitaria e/o a domicilio

con segregazione volontaria, ma assistita e/o risposta delle UDI dedicate, di strutture residenziali assistite specialistiche dedicate, di domiciliarità volontaria (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG, delle UDI e dei CAD/ADI dedicati);

- *Alta Complessità Assistenziale*: per i pazienti sintomatici gravi, spesso i soggetti più fragili per la presenza di una o più malattie, che hanno necessità di ricovero in ospedale e, in alcuni casi, di cure intensive (risposta dei Servizi Ospedalieri, in particolare unità di cura semintensive o di rianimazioni).

Quindi anche le “risposte” dei SSR dovrebbero essere basate su una analisi della casistica pandemica e calibrati in modo opportuno ... Almeno dovrebbero ...

L'approccio “One Health”

In un precedente articolo apparso su “*Quotidiano sanità*”², affermavo che le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto in letteratura che è necessario un approccio inter e transdisciplinare.

Con l'inclusione formale del “*Programma Ambientale*” delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHHA nel 2022, e con il successivo lancio del “*Global One Health Joint Plan of Action*” (2022-26), si è creata finalmente un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio “One Health”, che è stato definito nel seguente modo: “*One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile*”³. Quindi si tratta di un “approccio olistico” alla salute, che include molte altre dimensioni di policy sociali, ambientali e anche sanitarie.

Il contesto istituzionale in Italia in cui impatta “One Health”

Nella Costituzione Italiana gli articoli concorrenti a creare il “contesto italiano” per sviluppare policy attive di “One Health” sono i seguenti:

2. “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.
3. “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [292, 371, 481, 511, 1177], di razza, di lingua [6], di religione [8, 19], di opinioni politiche [22], di

condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

32. “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.
41. (1) “L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali e ambientali [43]”. [Senato della Repubblica, “Costituzione Italiana”, Testo Vigente, aggiornata alla Legge Costituzionale n.1 dell'11 febbraio 2022 n. 1]

La Legge Costituzionale n. 1 del 19 febbraio 2022, che integra e allinea la Carta Costituzionale alla normativa UE e a quella degli altri Paesi dell'Unione, si compone di tre articoli:

L'articolo 1 introduce un nuovo comma all'articolo 9, al fine di riconoscere nell'ambito dei Principi fondamentali enunciati nella Costituzione un principio di tutela ambientale. Pertanto, accanto alla tutela del paesaggio e del patrimonio storico-artistico si attribuisce alla Repubblica anche “la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi”.

L'articolo 2 modifica l'articolo 41 della Costituzione in materia di esercizio dell'iniziativa economica. La modifica investe il terzo comma dell'articolo 41, riservando alla legge la possibilità di indirizzare e coordinare l'attività economica, pubblica e privata, a fini non solo “sociali”, ma anche “ambientali”.

L'articolo 3 reca una clausola di salvaguardia per l'applicazione del “principio di tutela degli animali”, come introdotto dal progetto di legge costituzionale, alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano.

L “*combinato disposto*” dei suddetti atti normativi e costituzionali allineano il nostro Paese alla definizione di “One Health” su riportata. Quindi non ci sarebbero elementi ostativi per un suo recepimento formale. Invece molti, come vedremo, relativamente ad un suo recepimento sostanziale.

Dal “gouvernement” della sanità alla “governance” del SSN e dei SSR

Tra la fine del XX secolo e l'inizio del secolo presente abbiamo assistito all'evoluzione del concetto di “governance”, derivato dalla “corporate governance”, ovvero, come insieme di modalità con cui vengono “controlla-

te” e “dirette” le grandi business corporations, concetto traslato anche nella PA.

Abbiamo assistito alla evoluzione della “governance” come strumento per assicurare la “conformance” con gli obiettivi della “corporation”, “pubblica” o “privata”, con un tentativo di bilanciare il controllo centralizzato con l’autonomia delle unità produttive decentralizzate, come il rapporto che intercorre tra la singola Regione, intesa come “holding” della sanità pubblica, e le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

La Riforma del Titolo V ha avviato questo processo senza corredarlo di tutti gli strumenti utili a supportarlo anche sul piano della ripartizione e dell’accesso alle risorse, ovvero il “federalismo fiscale”, a più riprese rinviato per mancanza di risorse e di condivisione dei criteri di loro riparto.

Oggi si punta ad una specie di “salto mortale” dei SSR tramite l’introduzione delle “autonomia differenziata” che diventa di fatto, con le diversità di PIL esistenti fra Regioni e i vincoli derivati dal deficit pubblico italiano, senza compensazioni adeguate, uno strumento, se non pensato con attenzione e valutato e condiviso tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti, compresi gli Enti Locali, occasione di “cristallizzazione” delle differenze di accesso ai servizi sanitari tra le Regioni del Centro-Nord e quelle meridionali del Paese, consolidando le disuguaglianze di accesso ai servizi e, quindi, le disuguaglianze di salute.

Basta far riferimento ad alcuni indicatori macroeconomici per capirne la pericolosità:

Griglia LEA 2022 (Fonte GIMBE su dati Ministero Salute, AGENAS): abbiamo quattro macroaree interregionali in cui, al netto delle Regione a statuto autonomo e della PPA, abbiamo di fatto quattro livelli di agibilità dei cittadini ai servizi dei SSR. Pertanto il diritto alla salute sancito nell’art 32 della carta Costituzionale non è uguale per tutti.

All’apice della distribuzione abbiamo Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Piemonte e Lombardia, le solite note e “virtuose”. Poi Umbria, ex Regione benchmark, Marche, Liguria, Friuli VG (Regione Autonoma) e PA di Trento. A seguire Abruzzo, Basilicata, Lazio, Sicilia (Regione Autonoma) e Molise. Infine Puglia, Valle D’Aosta (Regione Autonoma), Calabria, Campania, PA di Bolzano e Sardegna.

Liste di attesa e mobilità sanitaria (Fonte Ministero Salute e AGENAS): abbiamo, anche qui, sei macroaree con forti differenziazioni e diversi livelli di potere attrattivo dei SSR con prevalenza dei SSR del Centro Nord e con saldi negativi per quasi tutto il Centro sud del Paese;

PIL delle Regioni (Fonte MEF 2023): i differenziali di PIL regionali previsti per quest’anno sono sovrapponibili con quelli dei LEA e delle Liste di attesa/Mobilità sanitaria e il quadro di frammentazione si consolida e non fa sperare bene sulle capacità di rinascita e

resilienza del SSN e dei SSR, in particolare nel Centro Sud e nelle Isole.

In questo contesto molto variegato si dovrebbe collocare la proposta di “autonomia differenziata”...

Programmazione sanitaria e rapporto tra “domanda e offerta di salute”

Se “La programmazione sanitaria si sostanzia in un “processo di consenso” nel tempo tale da permettere l’individuazione dei bisogni delle popolazioni (domanda di salute), attuali e in prospettiva, e della qualificazione dell’offerta tale da soddisfarli con una evoluzione continua delle strutture sanitarie e socio sanitarie e della loro capacità di erogare servizi assistenziali, terapeutici e socio assistenziali qualificati ed efficienti”⁴.

Allora si deve partire dall’analisi dei “bisogni di salute delle popolazioni” come “starting point” epidemiologico e poi si potranno declinare gli “strumenti” della programmazione sanitaria dal lato della “offerta” di servizi tramite:

- Piani Sanitari Nazionali e relative Linee Guida organizzative;
- Definizione in sede di Conferenza Stato Regioni delle modalità di applicazione e delle risorse destinate a LEA e LIVEAS; DRG e SDO; Nomenclatori Tariffari;
- Definizione degli obiettivi macro regionali con i Piani Sanitari Regionali;
- Definizione dei Piani di Zona o di Comprensorio;
- Definizione dei Piani di Sviluppo Aziendali;
- Condivisione delle scelte programmatiche ai vari livelli da parte degli Enti Locali e delle comunità locali;

Questo per poter affermare una “clinical governance” e un governo economico/finanziario come gestione delle compatibilità per garantire un sistema universalistico, equo, solidale e di qualità.

Infatti “... L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute del singolo paziente”⁵. Sempre che si riesca a farlo e in tutte le Regioni e PPAA ...

Inoltre “... Applicando metodologie e strumenti ad hoc è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio “One Health”, centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti. Questo recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure, garantendo equità e universalismo. Il che comporta fare programmazione dal lato di una lettura della domanda di sanità e salute e non più solo dal lato dell’offerta che si vuole autoriprodurre”⁶.

Programmazione sanitaria e qualità del welfare

La Legge sul Federalismo con la modifica del Titolo V° della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3 del 2001)

ha comportato un elemento di profonda innovazione, è stato modificato un decimo della Costituzione, ma in realtà è stato modificato il 100% di quello che in realtà era il sistema del *welfare* italiano. Ormai le Regioni sono pressoché totalmente depositarie di tutti gli interventi sul versante dei servizi sanitari.

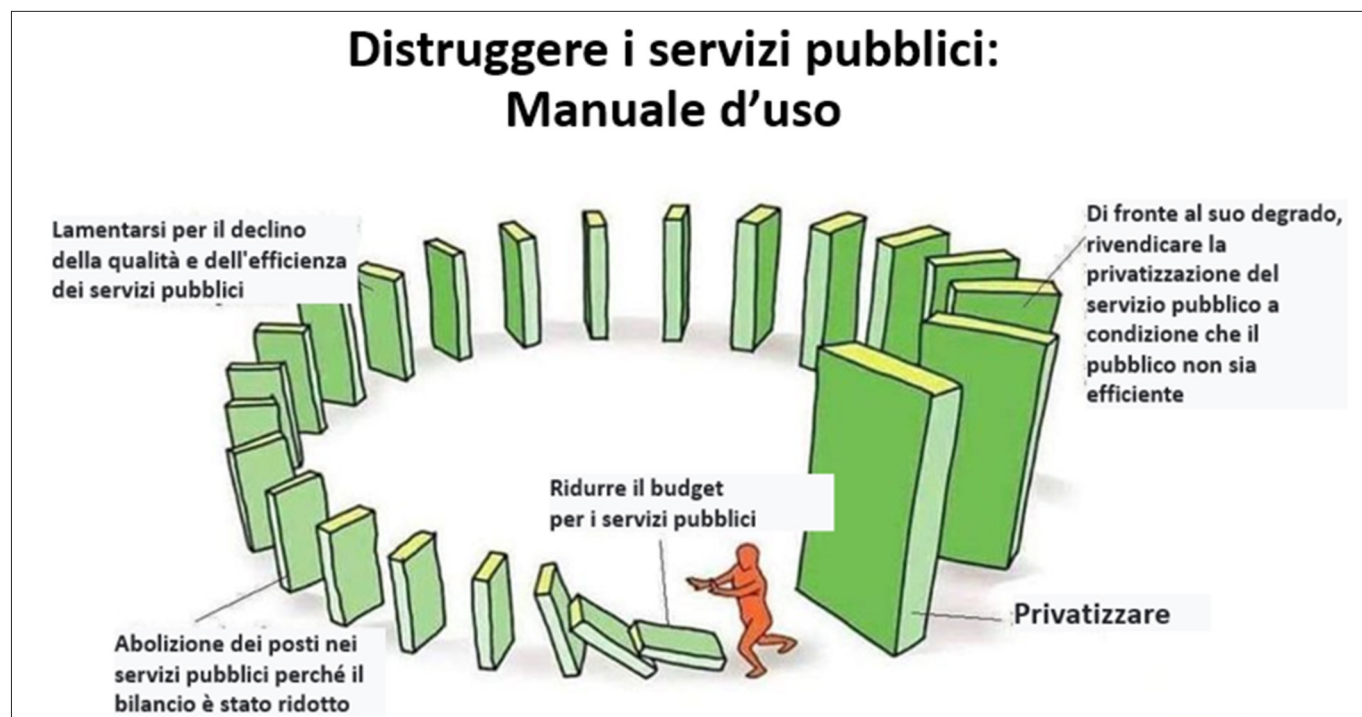
Il passaggio avrebbe dovuto essere dal vecchio modello di *welfare* - che aveva elementi positivi, ma anche elementi di rigidità di sistema, con una visione centralistica, settoriale, che poi si ripercuoteva su tutti gli altri interventi, con un sistema monopolistico e tendenzialmente espansivo anche perché i costi erano sempre più alti - ad un nuovo modello.

In realtà avremmo dovuto andare verso un sistema di

“welfare di comunità federale”, come altri Paesi della UE, vedi Germania e Spagna, che hanno un ordinamento istituzionale simile al nostro, ovvero, sono Stati Federali. Però ci siamo fermati a metà strada per ora ...

La “salute” dovrebbe essere presidiata dalla sanità, ma sullo stato di benessere delle persone intervengono altri elementi in maniera importante e fortemente impattante come i trasporti, l’ambiente, la socializzazione, la casa, il lavoro, il reddito, la formazione, il tempo libero proprio in una accezione di “One Health”.

Occorre sottolineare altri due altri elementi caratterizzanti il “welfare di comunità” che sono i concetti di “autonomia” e di “sussidiarietà”:



SPESA (in milioni di euro)		2021	2022	2023	2024	2025
REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE		176.548	▲ 188.236	▼ 187.104	▼ 185.238	▲ 186.053
CONSUMI INTERMEDI		157.228	▲ 166.930	▼ 165.593	▼ 162.839	▲ 163.506
PRESTAZIONI SOCIALI		397.905	▲ 409.220	▲ 428.270	▲ 453.610	▲ 464.530
di cui PENSIONI		286.280	▲ 297.350	▲ 321.390	▲ 345.380	▲ 355.420
ALTRE PRESTAZIONI SOCIALI		111.625	▲ 111.870	▼ 106.880	▲ 108.230	▲ 109.110
ALTRE SPESE CORRENTI		82.562	▲ 106.374	▼ 89.345	▼ 87.067	▼ 86.350
INTERESSI PASSIVI		63.753	▲ 77.234	▲ 81.559	▼ 80.325	▲ 87.098
TOTALE SPESE CORRENTI		877.996	▲ 947.994	▲ 951.871	▲ 969.079	▲ 987.536
di cui SPESA SANITARIA		127.834	▲ 133.998	▼ 131.724	▼ 128.708	▲ 129.428
TOTALE SPESE IN CONTO CAPITALE		108.172	▼ 81.707	▲ 100.753	▼ 94.728	▲ 101.617
TOTALE SPESE		986.168	▲ 1.029.701	▲ 1.052.624	▲ 1.063.807	▲ 1.089.153
ENTRATE (in milioni di euro)						
ENTRATE TRIBUTARIE		527.629	▲ 568.435	▲ 584.079	▲ 596.784	▲ 618.150
CONTRIBUTI SOCIALI		244.988	▲ 264.341	▲ 280.040	▲ 287.588	▲ 296.234
ALTRE ENTRATE CORRENTI		78.386	▲ 89.654	▲ 95.814	▼ 90.961	▲ 91.861
TOTALE ENTRATE		857.266	▲ 932.146	▲ 984.073	▲ 988.351	▲ 1.019.037
SALDI (in % del Pil)						
SALDO PRIMARIO		-3,7%	-1,1%	+0,7%	+0,2%	+0,8%
SALDO DI PARTE CORRENTE		-1,6%	-1,6%	+0,3%	+0,2%	+0,8%
INDEBITAMENTO NETTO		-7,5%	-5,1%	-3,4%	-3,6%	-3,3%

FONTE: NADEF, REVISIONE NOVEMBRE 2022

I tagli al FSN in questi anni sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il “Jobs Act” è stata finanziata la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a € 3.200,00 pro-capite nell’ambito del così detto “welfare aziendale” di cui “magna pars” è la “sanità integrativa”. Il montante consolidato è, guarda caso, di circa 37,5 mld di Euro. È una semplice coincidenza contabile? Sinceramente non è così. È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti “poteri forti” del nostro Paese.

- “Autonomia” in qualche maniera è l’atteggiamento che devono avere gli operatori. I servizi devono “prendere in carico”, ma la presa in carico definisce una situazione di delega a chi prende in carico, a chi si assume la responsabilità. È l’“ability to cooperate”, cioè la capacità di far fronte, la valutazione nei soggetti delle capacità residue, significa dare una spinta forte alla “compliance” e all’“empowerment” dei cittadini, cioè quei soggetti che devono riappropriarsi della loro possibilità di scelta nei confronti della salute.
- “Sussidiarietà” è la possibilità di surroga “verticale” e/o “orizzontale” tra livelli istituzionali ed erogatori pubblici e/o sociali.

Questo sarà possibile in un contesto di privatizzazione progressiva del sistema salute nel nostro Paese?

Non credo e lo ho documentato in un articolo⁷ su “Quotidiano sanità” in cui ho argomentato come: “... la sanità italiana si avvia ad essere un sistema che si poggia su più “pilastri” di forme di presenza “pubblica” e “privata”, a sua volta “privata accreditata” e “privata-privata”. Questo scenario è frutto delle scelte dei Governi che si sono succeduti in tendenziale “continuità” di politiche sanitarie. Ma siamo arrivati ad un crinale oltre il quale il SSN rischia di implodere per le sue contraddizioni e difficoltà interne, nonostante sia uno dei sistemi sanitari nazionali più performanti rispetto a molti altri Paesi”.

La programmazione “integrata”: rapporto bisogno – offerta

In una ottica di “One Health” la programmazione dovrebbe essere, per quanto suddetto, necessariamente “integrata”. Molte Regioni elaborano ancora il Piano Sanitario, il Piano Sociale, i vari Piani, ma sono “separati”. Non dovrebbe essere più possibile ragionare in questa maniera, bisogna sforzarsi il più possibile forse a tornare a quello che era nella Legge Naz. n. 833 il Piano Socio Sanitario. Le sperimentazioni di “Piani Regionali di salute”, sviluppate in alcune Regioni del Centro-Nord, si sono infrante contro il muro della crisi economico finanziaria del 2008, della “spending review” e dei Piani di Rientro, non sempre risolutivi dei deficit regionali che avrebbero dovuto risanare. E anche delle diverse capacità di “governance” delle singole Regioni e delle comunità locali.

Sul lato dei bisogni, esistono dei bisogni consolidati di salute, una domanda che è espressa dalle tendenze demografiche, che ci dicono dove stiamo andando. Non è un quadro sconosciuto, anzi è un quadro rispetto al quale il sistema dell’offerta, che in molte Regioni è ormai un sistema maturo, non deve fare altro che tentare di recuperare efficienza ed efficacia, non può fare altro. Dobbiamo cercare di migliorare il quadro dell’efficienza e della appropriatezza. Individuare quali sono le nuove priorità, i nuovi scenari dei bisogni che si stanno proponendo all’attenzione, per tentare di rimodulare il sistema dell’offerta.

Le Regioni nel predisporre i propri Piani Sanitari Regionali dovrebbero coinvolgere gli Enti Locali ai vari livelli e le organizzazioni sindacali e le altre forme associative con particolare riferimento alle forme di volontariato e al “no-profit”. Tutto quanto in un quadro di sostenibilità e di compatibilità economica.

Il deficit del sistema è un processo complesso

È legato al sotto finanziamento strutturale e in parte al non completato processo di aziendalizzazione in diverse Regioni del nostro Paese.

Rimangono aperti nel dibattito istituzionale sulla sanità temi quali:

- Il ruolo dello Stato e quello delle Regioni;
- L’apporto della spesa privata (out of pocket e intermediata);
- Il Fondo sanitario nazionale e il finanziamento a quota capitaria;
- Il totale della spesa sanitaria e la sua evoluzione;
- Le Leggi Finanziarie e la spesa sanitaria;
- La devoluzione alle Regioni e gli accordi in sede Conferenza Stato Regioni;
- Criteri di ponderazione e di riparto dei finanziamenti pubblici;
- Fabbisogno finanziario del SSN e suoi livelli reali di finanziamento: criticità e previsioni.

Le criticità da affrontare

La difficoltà nel governare la complessità di questa trasformazione determina criticità da affrontare quali:

- Scarsa chiarezza nella definizione e configurazione - nel nuovo contesto connesso all’avvio della “devolution” - del ruolo dei poteri centrali;
- Tensioni conseguenti tra Parlamento, Conferenza Stato Regioni e Conferenza Stato Città con nodi di attribuzioni e di ruoli non ancora risolti in modo condiviso;
- Perdurare di vecchie e nuove forme di centralismo da parte del Governo e delle Regioni;
- Diversità strutturali e di P.I.L. nelle diverse Regioni del Paese che determinano criticità difformi da governare;
- Modalità di finanziamento dei sistemi da ripensare e articolare mantenendo livelli di equità e universalità nell’offerta dei servizi in tutte le Regioni;
- Possibile implosione del SSN e dei SSR in un insieme di sistemi regionali difformi e non equi.

■ Conclusioni

A fronte di quanto sopra riteniamo che il contesto italiano non sia in grado di consentire l’implementazione di politiche “One Health” al di là di alcune considerazioni formali e di contesto di impianto istituzionale. Le criticità presenti nel nostro Paese non consentono, se non risolte, di sviluppare coerenti politiche di “One Health”, se non di facciata.

Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito

nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario. Le difficoltà, che continuano ad emergere, sulla gestione delle progettualità inizialmente previste, non sono di buon auspicio per la sua “messa a terra” nei tempi previsti.

Si tratta di lavorare per l’Integrazione delle competenze istituzionali (Ministeri afferenti) e a cascata di quelle Regionali e Locali. Dati i limiti di manovrabilità economico finanziaria se il PIL non risale i margini di operatività per politiche integrate di “salute” obiettivamente sono ridotti.

“One Health” è stato posto al centro della visione del PNRR.

Coerentemente dovremo tenerne conto della realtà e finalizzare tutte le politiche connesse al tema salute in una ottica di loro “integrazione”.

Questo dovrebbe vedere un forte coordinamento istituzionale sia a livello nazionale che regionale, che potrebbe essere possibile solo con una unità di intenti a livello politico.

La diaspora politica delle Giunte Regionali e i diversi modelli di SSR non aiutano in questa prospettiva. Siamo in salita e ci sarà molto da lavorare, sempre che ci sia voglia di misurarsi fino in fondo con i contenuti dell’approccio “One Health”

Bibliografia

1. Anthony Fauci in titolato “Non è finita finché non è finita... ma non è mai finita – Malattie infettive emergenti e riemergenti” in “The New England Journal of Medicine”, 1° dicembre 2022.
2. G. Banchieri, L. Franceschetti, “L’approccio “One Health” e le policy per la sua gestione”, Pubblicato su “Quotidiano sanità”, 2023.
3. “One Health High-Level Expert Panel” (OHHLEP). Annual Report 2021.
4. G. Banchieri e altri, Raccomandazione SIQUAS VRQ, 2013, “Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale”, Franco Angeli Editore.
5. G. Banchieri su “Il PNRR e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate” del 26 novembre 2021 (Quotidiano sanità)
6. G. Banchieri, Mirko Di Martino e Michele Fanello, su “Dagli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni” del 23 gennaio 2023 (Quotidiano sanità)
7. G. banchieri, “Il privato in sanità. La vera posta in gioco”, pubblicato su “Quotidiano sanità” il 16 gennaio 2023.