

SALUTE E PANDEMIA

Verso un nuovo Sistema Sanitario Nazionale

Stefano Zamagni

Agosto 2021

1. La pandemia, tuttora in corso nel momento in cui scrivo, ci sta facendo toccare con mano i rischi della condizione umana in un mondo in cui tutto è connesso. I fili della globalizzazione biologica, antropologica, economica, politica sono tra loro intrecciati in modo inestricabile. E' per questo che la metafora del tunnel, così tanto amata dall'opinione pubblica, è pericolosamente fuorviante, perché veicola l'idea che all'uscita, prima o poi, dal tunnel, troveremo lo stesso mondo di prima, seppure impoverito. Donde l'aforisma del "business as usual". Piuttosto, occorre adoperarsi per un cambio di paradigma, termine questo che in greco significa "sguardo sulla realtà". La tesi che difendo è che la pandemia da COVID-19 – che già sappiamo non essere l'ultima in questo secolo – costituisce una preziosa opportunità – che però va colta – per immettere il nostro paese sul sentiero dello sviluppo umano integrale, lasciandoci alle spalle il modello di crescita non saggiamente adottato nel corso degli ultimi due secoli dal mondo occidentale.

Ogni grande crisi è un disvelamento – ha scritto il filosofo tedesco Martin Heidegger. La crisi attuale ne è puntuale e triste conferma. Una vecchia tecnica impiegata in edilizia ci serve alla bisogna. Una volta arrivati al tetto della casa, gli operai lo allagavano e, seguendo la traccia dell'acqua che penetrava in casa, potevano scoprire le crepe non individuabili a occhio nudo. Il COVID-19 è come una prova di allagamento e le crepe che si sono venute formando nel nostro paese nel corso dell'ultimo mezzo secolo sono tutte venute fuori. In questa sede mi soffermerò unicamente sulle crepe che riguardano direttamente il nostro sistema sanitario, che, unitamente alla scuola e alla giustizia, è il comparto che, più degli altri, ha mostrato cedimenti seri. La scoperta – si fa per dire – che la salute di ciascuno dipende da quella di tutti comporta che la salute è un bene comune globale, e dunque né un bene pubblico, né ancor meno un bene privato, e come tale va gestito. Come già la politologa americana Elinor Ostrom aveva anticipato nel suo *Governing the Commons* del 1990, ciò implica che la gestione di un bene comune non può prescindere dall'applicazione concreta del principio di sussidiarietà circolare, un principio assai più robusto della mera sussidiarietà orizzontale. (La Ostrom riceverà poi il premio Nobel dell'economia nel 2009 proprio per aver aperto la via all'adozione del modello di ordine sociale tripolare – Stato, Mercato, Comunità – in sostituzione del modello bipolare, Stato e Mercato).

Una duplice precisazione prima di procedere oltre. Si continua maldestramente a confondere sanità con salute. Citando in modo improprio l'art. 32 della Carta Costituzionale si afferma (e pure si

scrive) che ciascun individuo avrebbe un diritto alla salute. Eppure l'art. 32 recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo", cioè a dire che il diritto di cui si parla è alla tutela della salute. Perché è importante tale precisazione? Perché la salute è una funzione di più variabili: certamente sanità, ma anche stili di vita, condizioni lavorative, ambiente naturale, struttura sociale. Tutte e cinque le variabili tra loro in stretta interdipendenza impattano sulla salute, in modi e in intensità che variano da paese a paese e da un'epoca storica all'altra (Osservo, di sfuggita, che lo studio *completo* della funzione di salute non esiste ancora!). Come sopra ho scritto, fisserò qui l'attenzione unicamente sulla variabile sanità.

La seconda precisazione è che la vicenda che tiene banco da ormai due anni non è una pandemia in senso proprio, ma una sindemia, termine per primo concepito dall'americano Merrill Singer nel 1990. La sindemia, basicamente, è una sintesi di più epidemie. Nel caso presente, si tratta del mutamento climatico e dell'aggravamento delle condizioni di benessere, oltre ovviamente al coronavirus. In un celebre articolo del 2017 sulla prestigiosa rivista *The Lancet*, Singer et Al. spiegano con abbondanza di argomenti scientifici perché è necessario adottare l'approccio sindemico, che studia le conseguenze sulla salute umana delle interazioni tra i tre fattori causali, se si vuole avere ragione di crisi come questa in atto. (L'enciclopedia Treccani ha introdotto il lemma sindemia per la prima volta nella sua edizione del 2020!). E dunque il COVID-19 non solo non è un "cigno nero", dal momento che da tempo era stato previsto, ma neppure uno shock esogeno. Il COVID-19 è un frutto sbagliato dell'antropocene, di un'economia estrattiva che va distruggendo la biodiversità (termine coniato dal biologo Thomas Lovejoy) e va accrescendo le diseguaglianze sociali.

2. Ciò premesso, la domanda che sorge spontanea è: quali componenti e quali strutture del nostro Servizio Sanitario Nazionale vanno trasformate – e non meramente riformate – per accrescerne la resilienza in vista delle sfide future? Lo spazio che ho a disposizione non mi consente che risposte di taglio apodittico. La legge 833/1978, istitutiva del SSN, ha rappresentato un'autentica conquista di civiltà per il nostro paese. Introducendo per la prima volta l'universalismo sanitario e ponendo fine al corporativismo fino ad allora imperante, il provvedimento del 1978 ha fatto comprendere a tutti cosa implichi, nella pratica, l'accoglimento del principio di libertà in senso positivo (la libertà cioè di poter realizzare il proprio piano di vita). Con la legge 833/78, l'assistenza sanitaria assurge al rango di diritto di cittadinanza; prima di allora, essa era un mero interesse legittimo dello stesso.

Ma le riforme del periodo successivo, snaturandone il senso, hanno tradito il disegno originario. Penso ai D. Lgs 502/92 e 517/93 che hanno trasformato le USL in ASL con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e che hanno affidato ai Piani Sanitari Regionali il compito di dettare le linee strategiche degli interventi per gli obiettivi di salute. D'altro canto, la L.

189/2012, avente per oggetto la riorganizzazione delle cure territoriali, e il D.M. 70/2015, riguardante la ristrutturazione della rete ospedaliera, sono rimasti lettera morta, salvo che in poche regioni. Non c'è dunque da meravigliarsi se la pandemia ha colpito più duramente le regioni in cui l'assistenza territoriale è maggiormente carente. Tutto ciò è avvenuto in nome dell'efficienza, come se la domanda di servizi sanitari fosse assimilabile alla domanda di beni di consumo, rispetto ai quali il soggetto acquirente può esprimere le sue preferenze. È così accaduto che improvvisati economisti e sedicenti esperti, non conoscendo il senso proprio della categoria di efficienza, hanno adottato e applicato il concetto di efficienza sbagliato. Rammento che Vilfredo Pareto, l'ideatore della nozione di efficienza alla fine dell'800 – prima di allora non esisteva tale nozione, mentre esisteva quella di produttività – aveva dato due definizioni della stessa: l'una da applicare al caso dei beni privati, l'altra al caso dei beni o servizi di pubblica utilità.

Le conseguenze perverse non hanno tardato a manifestarsi. Trattandosi di cose ormai arcinote, mi limito solamente a ricordare che in Italia nel 1980 (due anni dopo la grande trasformazione) vi erano 922 posti letto per terapie intensive ogni 100.000 abitanti, nel 2010 questi erano scesi a 300 e nel 2015 a 275. Per non fare parola dei tagli scandalosi alla spesa sanitaria pubblica. Dal 2009 al 2019, quest'ultima è passata da 109 a 116 miliardi di euro, con un incremento in termini reali pro-capite dello 0,6% - un incremento talmente ridicolo da non consentire neppure di tener conto delle conseguenze del ben noto fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. (Il bisogno di assistenza sanitaria di un ultra-settantenne è 4,2 volte superiore a quello di una persona adulta). Nel medesimo torno di tempo, la spesa privata ha registrato un aumento dell'1,6%. Rispetto al PIL, la spesa sanitaria pubblica italiana nel 2017 è stata del 6,5%, contro una media europea del 7,8% (In Germania il 9,6% e in Francia il 9,5%). Infine, la riduzione, sempre nello stesso decennio, di 46.500 unità di personale, tra medici e infermieri, ci fa comprendere la grave irresponsabilità dei nostri policy-makers. Ma si può risparmiare sul personale in un settore che per ragioni strutturali è caratterizzato da alta intensità di lavoro, come quello sanitario? E con quale coraggio ci si può stracciare le vesti di fronte agli episodi desolanti riguardanti proprio il personale sanitario verificatisi durante le prime due ondate della pandemia?

3. Che fare allora per avviare un nuovo SSN? Un primo urgente intervento è quello di portare in equilibrio medicina ospedaliera e medicina del territorio. L'adeguamento delle strutture intermedie di cura, dei centri di prossimità e delle RSA è improcrastinabile. L'approccio ospedalocentrico adottato nell'ultimo trentennio ha finito con il far credere, persino in seno alla stessa professione medica, che la medicina ospedaliera sia di ordine superiore rispetto a quella territoriale. Il che è privo di senso. Sono note le ragioni di natura economica che hanno portato a privilegiare l'assistenza

ospedaliera: le alte tecnologie – il c.d. *health tech* – e le strutture di elevata specializzazione sono quelle più altamente remunerabili e quelle che maggiormente interessano il *big pharma*. Non è più un mistero che l'industria della salute (farmaceutica, biomedicale, telemedicina) risponda assai più alle richieste degli shareholder che non ai bisogni dei malati. È così che si è potuta affermare la c.d. “supremazia delle acuzie”, relegando in secondo piano le malattie croniche e le non autosufficienze.

Un secondo fondamentale provvedimento è quello della deburocratizzazione del sistema sanitario. Occorre però essere precisi su tale punto. La burocrazia che tutti denunciano è l'effetto perverso di una causa remota di cui raramente si sente parlare. Si tratta dell'improvvida adozione da parte del SSN del modello organizzativo taylorista. Il taylorismo – il cui anno di nascita risale al 1911 – dopo avere mietuto successi nel settore industriale è stato introdotto anche nelle ASL e quindi negli ospedali. Tre le principali lacune di tale modello in ambito ospedaliero. Primo, la non flessibilità delle strutture, mentre vanno rimossi gli steccati tra reparti e le varie specialità. Secondo, la non scalabilità, mentre è necessario poter velocemente aumentare o diminuire il volume di specifiche attività, a seconda dei bisogni. Infine, la non modularità, mentre sappiamo che l'organizzazione ha da essere modulare, e ciò nel senso che non deve succedere che l'emergenza in un comparto blocchi le attività ordinarie negli altri reparti, paralizzando l'intero sistema – come è accaduto durante la pandemia nel 2020. Il nodo del c.d. “buon governo clinico” mai potrà essere sciolto fin tanto che si tiene in vita quel modello organizzativo. Si pensi solo alla marcata asimmetria tra medico e dirigente, con il primo che svolge il ruolo di “double agent” e il secondo quello di “single agent”. Altro esempio. La L 251/2000 ha introdotto la figura del dirigente infermieristico, ma l'organizzazione del lavoro è rimasta sostanzialmente la stessa di prima.

Di una terza rilevante questione intendo dire: il rilancio della prevenzione basata sulla rimozione dei rischi. La distinzione importante a tale riguardo è quella tra preparazione (*preparedness*) e prontezza (*readiness*). Le misure per assicurare la prima rientrano nel quadro della prevenzione sanitaria e sono compito government, cui spetta l'emanazione della norma giuridica. Sono invece a libera scelta i processi che valgono ad assicurare la prontezza di risposta di una comunità nei confronti dell'accoglimento delle linee guida suggerite dal livello centrale per far fronte a disastri naturali. La prontezza dipende sia dal livello di *health literacy* della popolazione sia dalla relazione che si instaura tra il sapere del mondo scientifico e il sapere esperienziale dei cittadini (la *citizen science*). Non basta dunque che le comunità siano preparate (compito questo che deve essere svolto dalle autorità centrali e locali), ma anche pronte a rispondere spontaneamente a eventi gravi come le pandemie. Tale prontezza dipende dalle capacità di innovazione sociale dei corpi intermedi della società, primi fra tutti degli Enti di Terzo Settore. Il che è quanto non è avvenuto nel nostro paese, dove i mondi vitali della nostra società sono stati irresponsabilmente tenuti in disparte nella

governance della crisi. (Per essere chiari, il Comitato Tecnico Scientifico nazionale si è occupato, e pure bene, della preparazione, ma non della prontezza, perché non ne aveva titolo). Molti errori e tante sofferenze si sarebbero potuti evitare se si fosse compreso che la preparazione non assicura, di per sé, anche la prontezza.

Un quarto punto su cui desidero richiamare l'attenzione concerne l'arresto del processo di frammentazione tra regioni dei compiti e delle modalità di intervento in ambito sanitario. La *vexata quaestio* se, in situazione di crisi acuta, sia preferibile un decisore unico oppure un decentramento del processo decisionale è ora al centro del dibattito pubblico e ancora lungi da una soluzione soddisfacente. Quel che si sa è che la letteratura più accreditata sulla resilienza organizzativa e sulla gestione delle crisi (*crisis management*) concorda sulla posizione che è sbagliato sia accentrare tutto sia decentrare tutto. Il modello da privilegiare è piuttosto quello poliarchico a rete, in cui ciascuna componente decentrata è posta nelle condizioni di prendere iniziative autonome, ma in modo interattivo con gli altri nodi della rete e nel rispetto delle linee strategiche fissate a livello centrale. (Nel caso italiano, è ancora fresco il ricordo delle volte in cui il centro nazionale è arrivato in ritardo nel fornire linee guida alle regioni durante i primi mesi della pandemia. Ciò ha portato ad una certa paralisi dell'azione amministrativa e politica). È certamente vero che non è cosa semplice disegnare un modello poliarchico a rete in un ambito come quello sanitario, ma è possibile, sempre però che lo si voglia in sede politica. In ogni caso, quel che va ribadito con forza è che non è possibile continuare a pensare ad arcaici meccanismi di codeterminazione pattizia tra Stato e Regioni nei casi di intreccio e di concorrenza in materie statali e regionali.

Da ultimo, ma non per ultimo, un nuovo SSN non può non affrontare di petto la questione seria dei dilemmi etici che sempre più andranno a manifestarsi in ambito sanitario. Qui posso solamente limitarmi a fissare l'attenzione sul criterio in forza del quale si devono allocare risorse sanitarie scarse (si pensi ai respiratori per la ventilazione polmonare; all'accesso alla terapia intensiva, etc.) tra portatori di medesimi bisogni. Quale la sfida etica che sorge in casi del genere, peraltro sempre più numerosi? Si consideri il caso del triage: se il numero dei pazienti da ricoverare è superiore a quello delle strutture di cura disponibili, il medico viene a trovarsi di fronte ad una "scelta tragica", nel senso di Guido Calabresi. Donde la tentazione di abdicare al principio della parità di trattamento di tutte le persone, violando così l'intangibilità della dignità umana. Nel marzo 2020, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato le sue "Raccomandazioni di etica clinica", dove ai punti 3 e 4 si legge che "è necessario porre un limite di età all'ingresso in trattamento intensivo" (*sic!*).

Quale il "razionale" che sorregge una raccomandazione del genere? L'accettazione acritica, eppure non dichiarata espressamente, del criterio del QALYs (*Quality Adjusted Life Years*): il

razionamento va effettuato tenendo conto del numero di anni di vita residua, aggiustati per la qualità della stessa, che un certo trattamento è in grado di garantire. Il fondamento filosofico di tale criterio è quello dell'utilitarismo benthamiano, che fa proprio il calcolo costi/benefici per massimizzare il benessere collettivo. L'etica medica, invece, da Ippocrate in poi segue il principio secondo cui una vita umana non può essere contrapposta ad un'altra, quale che essa sia: non sono cioè ammessi trade-off tra valori umani fondamentali. Ora, è ovvio che si possa essere liberi di abbracciare il paradigma utilitarista; bisogna però rendersi conto della grave incoerenza pragmatica cui si va incontro. Infatti, poiché la sanità è parte – e quale parte! – del welfare state nato nel 1942 in Gran Bretagna su basi tutt'altro che utilitaristiche, non si può seguire il canone utilitaristico in sanità e quello neo-contrattualistico à la Rawls negli altri comparti del medesimo sistema. Ecco perché il nuovo SSN che deve realizzarsi non può non prefiggersi di definire un criterio oggettivo per sciogliere dilemmi etici del tipo sopra considerato, evitando in tal modo di caricare sulle spalle del singolo medico il peso di gravi e irreversibili decisioni. Una matura società civile non può non misurarsi, nella sfera pubblica, con un problema del genere, tenendosi alla larga da strumentalizzazioni di natura partitica. (Lo *Human Flourishing Program* dell'Università di Harvard, fondato nel 2016 e diretto da Tyler Vanderweele ha già intrapreso un tale cammino).

Vado a concludere. “Preparare il futuro” e non “prepararsi per il futuro” è espressione ricorrente nel pensiero e negli scritti di papa Francesco, il cui impianto filosofico è quello del realismo storico. Preparare il futuro significa sottrarre le nostre comunità alla tirannia del determinismo e del “passato che ritorna”. L'atteggiamento adattivo all'esistente, purtroppo ancora dominante, è di chi non ama la libertà e soprattutto di chi non sa che è la speranza la virtù che sprona all'azione, perché solo chi è capace di sperare è anche chi è capace di agire per vincere la paralizzante apatia dell'esistente.