

## SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Forum Permanente  
sul Sistema Sanitario  
Nazionale  
nel post-Covid

## I COMPONENTI DEL FORUM

**Giordano Beretta**  
Presidente Associazione  
Italiana di Oncologia  
Medica, Aiom

**Ivan Cavicchi**  
Docente di Sociologia  
dell'Organizzazione  
Sanitaria e di Filosofia  
della Medicina

**Antonio Chiantera**  
Presidente Società  
Italiana di Ginecologia  
e Ostetricia, Sigo

**Francesco Cognetti**  
Coordinatore del Forum  
e Presidente Fondazione  
Insieme contro il Cancro

**Nicola Colacurci**  
Associazione Ginecologi  
Universitari Italiani, Agui

**Paolo Corradini**  
Presidente Società  
Italiana di Ematologia,  
Sic

**Valeria Dubini**  
Presidente Associazione  
Ginecologi Territoriali,  
Agite

**Roberto Gerli**  
Presidente Società  
Italiana di Reumatologia,  
Sir

**Ciro Indolfi**  
Presidente Società  
Italiana di Cardiologia,  
Sic

**Dario Manfellotto**  
Presidente Federazione  
delle Associazioni dei  
Dirigenti Ospedalieri  
Internisti, Fadoi

**Pierluigi Marini**  
Presidente Associazione  
Chirurghi Ospedalieri  
Italiani, Acoi

**Vincenzo Mirone**  
Past President Società  
Italiana di Urologia, Siu

**Giovanni Muriana**  
Presidente Società  
Italiana di Chirurgia  
Toracica, Sict

**Fabrizio Pane**  
Professore Ordinario di  
Ematologia, Università  
Federico II di Napoli

**Flavia Petri**  
Presidente Società  
Italiana Anestesia,  
Analgesia, Rianimazione  
e Terapia Intensiva,  
Siaarti

**Francesco Romeo**  
Presidente 'Il cuore  
Siamo Noi - Fondazione  
Italiana Cuore e  
Circolazione'

**Gioacchino Tedeschi**  
Presidente Società  
Italiana di Neurologia,  
Sin

**Alessandro Vergallo**  
Presidente Associazione  
Anestesisti Rianimatori  
Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica,  
Aaroi-Emac

**Elsa Viora**  
Presidente Associazione  
Ostetrici Ginecologi  
Ospedalieri Italiani,  
Aogoi



# Come rimettere in moto la sanità nazionale

**Nel 2020** oltre 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019: -10% per chemioterapia, -15% per radioterapia e -80% per le attività chirurgiche oncologiche programmate. Si pone l'assoluta necessità di ridisegnare il Sistema Sanitario Nazionale anche sulla base delle carenze emerse durante la pandemia ed utilizzando i fondi che arriveranno con il Recovery Fund. Dal Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post-Covid arrivano le proposte per rimettere in moto il sistema

### PREMESSA

Prima di passare all'illustrazione dei punti fondamentali che rappresentano le proposte di intervento emerse nel corso di svolgimento del Forum, occorre esplicitare una premessa che è alla base della visione strategica condivisa da tutti i partecipanti. La missione 6 del Pnrr si articola testualmente in due componenti:

- M6C1 il rafforzamento dell'assistenza territoriale;
- M6C2 il potenziamento delle strutture sanitarie e delle tecnologie.

La Missione 6 sostanzialmente dichiara implicitamente che il Dm 70 è il suo modello di riferimento perché non introduce nessun elemento di sostanziale riforma dello stesso Dm 70 e pone in essere una grave sottovalutazione dei problemi legati all'ospedale. La questione ospedale in buona sostanza è trattata come del tutto ancillare ri-

spetto al territorio ed anche gli investimenti strutturali e tecnologici previsti non tengono conto della complessità ed importanza degli ospedali riducendoli a loro volta come struttura e tecnologia applicata. Si raccomanda quindi al Governo di riconsiderare la questione dell'ospedale valutando oltre i suoi problemi strutturali anche quelli organizzativi e funzionali vale a dire:

- i problemi dello sviluppo della clinica e delle discipline mediche,
- le questioni legate alla complessità della cura,
- i problemi delle organizzazioni delle patologie tempo dipendenti,
- l'inadeguatezza di vecchi parametri organizzativi che ancora oggi sovraintendono l'organizzazione e la classificazione dell'ospedale (bacino d'utenza e posti letto, volumi, tempi di assistenza ecc).
- in ultimo ma non meno importante la necessità di un deciso intervento di riforma del sistema del management generale e della governance complessiva superando il modello attuale monocratico

verso un altro improntato a modalità partecipata e decentrata più capace di governare e gestire l'alta complessità che rappresenta la principale caratteristica degli ospedali, come sarà meglio precisato più avanti. Si raccomanda pertanto al Governo di superare il DM 70 sostituendo questa vecchia normativa con una normativa più moderna e più adeguata alle complessità in gioco ma soprattutto una normativa che restituisca all'ospedale il ruolo che merita e che negli ultimi anni è stato irresponsabilmente impoverito.



### PROPOSTE GENERALI

Sulla base di queste analisi sono state finora formulate proposte concrete di carattere generale che si basano essenzialmente su 6 fondamentali punti:

- 1 **UN SISTEMA EFFICIENTE**, efficace e tempestivo sull'attuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni, e la realizzazione da parte del Ministero della Salute di linee guida per le Regioni per il recupero delle prestazioni perse e per garantire il doppio registro del Ssn (Covid e non Covid) qualora il prossimo autunno-inverno dovesse ripartire il contagio.
- 2 **MODERNIZZAZIONE** anche strutturale degli Ospedali Italiani, la cui vita media per moltissime strutture ha ben superato ogni limite plausibile, rendendoli spesso inadeguati anche solo ad ospitare le nuove tecnologie.
- 3 **AMMODERNAMENTO** degli ospedali con l'acquisizione di nuove tecnologie già in parte previste nel piano di finanziamento del Pnrr ma di fatto pare soltanto riservate agli Irccs, ma invece da destinarsi al complesso dei grandi ospedali italiani.
- 4 **INVESTIMENTO** sulle discipline mediche e sul mondo delle professioni. Gli specialisti ospedalieri debbono gradualmente crescere di numero con l'obiettivo di raggiungere gli standard attualmente vigenti negli altri paesi europei e devono essere messi nelle condizioni di sviluppare a pieno le proprie professionalità. Deve essere considerato il valore strategico dell'elemento professionale come fattore produttivo e deve essere attentamente considerata la necessità di sviluppare le discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo ed operativo.



Deve essere considerato il valore strategico dell'elemento professionale come fattore produttivo e deve essere attentamente considerata la necessità di sviluppare le discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo ed operativo

ché la rifondazione negli ospedali delle infrastrutture dell'informazione e comunicazione (Ict), attualmente vecchie e di qualità molto scadente.

- 5 **OCCORRE RIPENSARE** l'attuale gestione monocratica delle aziende ospedaliere adottando una gestione partecipata cioè aperta alle ragioni della domanda ed a quelle della professione. L'Ospedale moderno per definizione è una realtà ad alta complessità e l'alta complessità non si governa in modo monocratico ma in modo partecipato, diffuso e decentrato e bisogna entrare nella logica più moderna di considerare le professioni e le discipline mediche come parte fondamentale della governance del sistema che non può prescindere quindi dal contributo diretto della dirigenza medica.
- 6 **IN BUONA SOSTANZA** si è assolutamente contrari alla concezione di Ospedale minimo "di prossimità" (definito nel Pnrr "ospedale di comunità", da realizzare ogni 160mila abitanti circa, per un totale di 381 strutture), e tantomeno alla loro gestione delegata agli infermieri; una concezione obsoleta, eccessivamente semplificante ma soprattutto inadeguata a far fronte alle tante e diverse complessità poste in essere dalle domande di salute della medicina moderna. L'ospedale, come servizio non è più disposto ad essere considerato al "minimo" delle sue possibilità ma deve essere rivalutato e riorganizzato ma anche ripensato e strutturato come funzionalmente operativo per corrispondere a tutte le esigenze, che se soddisfatte danno garanzia di raggiungimento dei migliori risultati di salute consentiti dallo sviluppo ed applicazione delle conoscenze scientifiche. È emersa quindi l'esigenza largamente condivisa di riformare profondamente il Dm 70 ed abbandonare tutte le politiche di deospedalizzazione che purtroppo hanno riguardato il settore negli ultimi 40 anni.

### DETTAGLIO DEGLI INTERVENTI

Dai contributi prodotti, a parte i sei punti generali sopra menzionati, si riscontra la necessità di mettere mano ai seguenti provvedimenti più specifici:

■ **LA REVISIONE** del numero chiuso all'accesso delle Facoltà di Medicina, provvedimento intrapreso molti anni fa che ha portato alle conseguenze catastrofiche cui oggi assistiamo, revisione che presupporrà anche un adeguamento delle strutture universitarie e del numero dei docenti dedicati. Oltretutto dei 9-10mila laureati che ogni anno vengono sfornati dalle nostre Università, una percentuale consistente si trasferisce all'estero evidentemente perché giudica non pienamente soddisfacenti le condizioni di lavoro poste in essere nel nostro Paese, ed altrettanto succede con i giovani specialisti. Il fabbisogno di nuovi medici specialisti, anestesisti, intensivisti, internisti, cardiologi, oncologi, ematologi, reumatologi ed in generale specialisti di tutte le malattie croniche più rilevanti dovrà essere attentamente valutato secondo criteri minori e maggiormente aderenti alla reale situazione sanitaria del Paese. Nelle fasi iniziali il fabbisogno potrà essere con urgenza soddisfatto anche attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato derivanti in primis dall'utilizzo delle graduatorie ancora aperte dei concorsi pubblici già espletati e ove si renda necessario, anche attraverso procedure selettive di massima celerità. Dovrà essere previsto al fine di evitare carenze di questi specialisti in aree determinate del Paese il blocco temporaneo delle mobilità interregionali.

Viene visto con estremo favore l'introduzione di un numero, più consistente rispetto a quanto già previsto, di Borse di Studio per nuovi specializzandi soprattutto nelle specialità in particolare sofferenza di medici specialisti. Meno opportuno è parso l'aumento di borse di studio in alcune discipline, che in alcuni casi si ritiene eccedente i prossimi fabbisogni. Si esprimono invece forti perplessità sulle assunzioni di medici specializzandi - a maggior ragione nel caso di contratti di lavoro di tipo "libero professionale" - prima del termine del terzo anno di formazione nel caso di durata della scuola di specializzazione di 5 anni, come purtroppo è già avvenuto nei mesi scorsi a causa delle gravi carenze di specialisti in alcuni settori. Ciò sia per le inevitabili interferenze con l'iter formativo, sia per le ricadute sui livelli qualitativi delle prestazioni professionali ad essi assegnate, rese da questi specializzandi non ancora pienamente formati. In particolare per la carenza di Medici specialisti nei Pronto Soccorsi (problema che coinvolge specificatamente la formazione specialistica Meu) occorre urgentemente individuare ed adottare soluzioni dedicate e condivise che ne evitino l'ormai imminente collasso, nella speranza che sul versante dei fabbisogni Artid il problema delle carenze di specialisti non si aggravi altrettanto nell'immediato futuro.

L'aumento delle borse di specializzazione si avvia quindi finalmente da quest'anno a colmare, il

## SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SEGUE DA PAGINA 21

gap tra medici laureati e posti in specializzazione, ma come sopra rappresentato rimane non ancora risolto il problema del basso numero dei laureati in medicina. Anche il numero degli infermieri inoltre è molto sotto soglia, quindi serve un investimento in questo senso; inoltre è stato stanziato un fondo per l'assunzione delle figure degli infermieri di famiglia sul territorio, una nuova figura assistenziale. Quindi è importante la formazione e la gestione delle risorse umane. Ma soprattutto è prioritario, perché questa grande azione di reclutamento di nuove risorse professionali abbia successo, creare opportunità diverse e più interessanti per i nuovi laureati e per gli specialisti perlomeno simili a quelle offerte da altri Paesi Europei, ciò per arrestare il consistente esodo attualmente in atto da parte dei giovani medici italiani ed eventualmente anche attrarre giovani laureati provenienti da Paesi esteri. Prendiamo atto inoltre delle rassicuranti dichiarazioni che il Ministro Speranza ha recentemente rilasciato "sulla necessaria chiusura della stagione dei tagli alla sanità, nella quale ogni euro impiegato non è semplice spesa pubblica ma il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone". Siamo certi, conoscendo l'onestà intellettuale del Ministro, che alle parole seguiranno i fatti.

■ **OVE IL QUADRO** epidemiologico dovesse viepiù peggiorare a causa della maggior diffusione delle varianti si dovrà provvedere ad una netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid, intervento reso più agevole dal più basso numero di ricoveri registrati per effetto delle vaccinazioni. Si richiede quindi una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri. A questo riguardo è davvero paradossale la circostanza che si sta realizzando nel nostro Paese con l'estensione del Green Pass obbligatorio praticamente a tutte le categorie professionali ed in tutti gli ambiti di lavoro con eccezione dei soli Ospedali, che dovrebbero essere luoghi da preservare prioritariamente dai contagi. Gli Ospedali infatti a causa della mancata sospensione dal servizio di quasi tutti i lavoratori non vaccinati (medici, infermieri, altri) per una legge inapplicabile e quindi largamente inapplicata rimangono luoghi ancora a rischio, in cui non infrequentemente si verifica, ancora oggi dopo un anno e mezzo di pandemia, l'esplosione di clusters di contagi. Inoltre i posti letto aggiunti almeno sulla carta in terapia intensiva durante la pandemia (3500), a fine emergenza dovranno essere allocati in spazi appositi e aperti in caso di necessità e nuove emergenze sanitarie, come letti aggiuntivi.

■ **TUTTE LE STRUTTURE** di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) di Medicina Interna e di area medica in genere per l'assistenza alle malattie croniche, devono rimanere pienamente operative anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta e bisogna recuperare tutto il progresso degli interventi oncologici non ancora eseguiti e ripristinare nell'immediato la regolarità

delle attività di chirurgia di elezione almeno nelle patologie a più elevato rischio di mortalità. Il concetto è che bisogna predisporre strutture ospedaliere modulari e "duttibili" che siano in grado di affrontare l'emergenza infettiva/pandemica senza però penalizzare il resto della popolazione dei pazienti acuti e cronici.

■ **GLI SCREENING** oncologici devono ripartire immediatamente ed a pieno regime in tutte le Regioni. Bisogna con urgenza verificare in ogni singola Regione l'entità degli scostamenti registrati rispetto all'epoca pre-Covid e il livello dei recuperi eventualmente realizzati.

■ **È DA RIFONDARE** completamente la Medicina territoriale attraverso la istituzione di grandi strutture ad hoc ambulatoriali e residenziali, queste sì certamente altamente auspicabili, atte a svolgere funzioni attualmente svolte impropriamente dagli ospedali, quali: le attività di screening, di follow up e riabilitazione dei pazienti, di assistenza domiciliare e cure palliative ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up ed anche con le organizzazioni no profit del settore.

■ **ATTIVAZIONE E DIFFUSIONE** su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.

■ **AVVIARE PROCEDURE** velocissime di acquisizione di nuovi ulteriori ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità nazionale. Importante sarà appianare le differenze tuttora esistenti nel regime assistenziale tra Nord e Sud, per permettere la crescita dell'intero Ssn. È evidente infatti che in una situazione del genere le Regioni del Sud risultino più svantaggiate e non possano offrire servizi adeguati ai pazienti. Il Pnrr è importante ma il finanziamento stabile e adeguato a lungo termine per le spese correnti è la sfida per il futuro.

■ **IL PRIMO OBIETTIVO** nell'immediato è quindi favorire l'immediato ritorno alla normalità con campagne di informazione organizzate a livello istituzionale e dalle organizzazioni no profit che possano tranquillizzare i cittadini sulla sicurezza degli ospedali, totalmente Covid free, insistendo sulla necessità che i pazienti non si limitino al "fai da te", ma seguano scrupolosamente le indicazioni dei medici. Va favorito quindi un accesso e un ritorno al rapporto con lo specialista di tutti i pazienti, soprattutto colpiti da patologie croniche, favorendo la corretta adesione alle terapie. Va avviata una attività straordinaria di informazione e comunicazione per il recupero dei ritardi accumulati negli screening, nelle visite programmate, in quelle di follow-up e negli interventi chirurgici.

## PROFESSIONE

SEGUE DA PAGINA 25

### Pratiche potenzialmente inappropriate in ostetricia

Una delle ragioni per cui l'ostetricia è la professione sanitaria più difficile, articolata e complessa consiste nel fatto che si occupa di un evento definito naturale o fisiologico che raramente richiede un intervento medico ma quando questo è necessario è peculiare e talvolta imprevisto, urgente e concitato. Inoltre la formazione medica basata sulla capacità di intervenire e quindi di agire sempre, mal si concilia con la paziente osservazione di un fenomeno come quello del parto che spesso richiede solo un sostegno ed un accompagnamento attento e sereno. A ciò si aggiunge il fatto che negli ultimi anni nei Paesi ricchi gli eventi avversi in ostetricia, sebbene rarissimi, non sono più accettati dall'opinione pubblica come inevitabili ma vengono generalmente attribuiti pregiudizialmente ad errori medici. Solo a partire dal XIX secolo l'ostetricia ha iniziato ad applicare le conoscenze scientifiche e poi dagli anni 50 del secolo scorso grazie a Iain Chalmers ad utilizzare i primi studi controllati randomizzati per stabilire cosa fosse realmente efficace e cosa no. La prima edizione di *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew, J. Neilson) comparve nel 1989 e furono necessari molti anni perché i contenuti fossero condivisi ed applicati anche in Italia. Con il progredire degli studi e delle ricerche si aggiungono sempre maggiori nuove evidenze su ciò che in ostetricia è utile fare e cosa invece è inutile e potenzialmente dannoso. Il tumultuoso e rapido evolvere delle conoscenze basate sugli studi randomizzati crea notevoli difficoltà agli operatori nel mantenere un adeguato e costante grado di aggiornamento professionale gravati come sono da carichi di lavoro che lasciano poco tempo allo studio ed alla valutazione degli esiti delle procedure adottate. È proprio per aiutare il mondo degli operatori dell'ostetricia che Aogoi da sempre come società scientifica si adopera per promuovere tutte le iniziative ed i mezzi di formazione e di aggiornamento necessari. In particolare, nell'ampio spettro degli interventi che sono stati realizzati, si deve ricordare la collaborazione di Aogoi, in corso dal 2018, con il movimento Slow Medicine attraverso il progetto Choosing Wisely che ha condotto alla pubblicazione a ottobre 2019 delle *Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani* (Aogoi)<sup>13</sup>.

In questo documento sono elencate le cinque pratiche (*Top five*) ostetriche che hanno ancora una larga diffusione nei punti nascita italiani ma che si sarebbero dovute abbandonare essendo prive di prove scientifiche di efficacia. Non solo Aogoi ha prodotto la lista delle Top five ma anche molte altre società scientifiche lo hanno fatto per i temi di propria competenza.

#### PER DUE RACCOMANDAZIONI:

- Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un progresso taglio cesareo.
- Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.

Sono anche state definite, in collaborazione con Altroconsumo, schede per una migliore comunicazione a pazienti e cittadini<sup>14 15</sup>

Utilizzare procedure, test diagnostici e trattamenti che non hanno prove evidenti di efficacia non solo rappresenta uno spreco di risorse di per sé già limitate ma può esporre inutilmente i pazienti al rischio di complicanze ed effetti avversi.

La strada da percorrere è lunga vuoi per la naturale difficoltà degli esseri umani ad introdurre cambiamenti nel proprio modo abituale di comportamento, vuoi perché molti aspetti dell'ostetricia necessitano ancora di studi approfonditi e di ricerche scientifiche.