

L'epidemiologia sia una leva per rinnovare il SSN

Mario Fiumene, dottore magistrale scienze infermieristiche e ostetriche; master di secondo livello in management di distretto socio sanitario: già titolare di posizione organizzativa Area cure domiciliari e servizi territoriali, ASL 3 e 5 Regione Sardegna.

Abstract: È auspicabile che l'epidemiologia possa dare un fondamentale sostegno e una rinnovata fiducia al SSN. L'epidemiologia italiana (e non solo quella italiana!) dovrebbe essere chiamata a documentare le conseguenze dell'attuale stato di cose sulla salute della popolazione, soprattutto di quella più fragile e deprivata. Lo spostamento delle risorse dal pubblico al privato non è senza conseguenze. Lo dimostra chiaramente l'esperienza inglese. La privatizzazione dell'NHS in Inghilterra, attraverso l'esternalizzazione dei servizi a società a scopo di lucro, è aumentata in maniera consistente nel periodo 2013-2020. L'esternalizzazione del settore privato ha coinciso con un aumento significativo dei tassi di mortalità, come risultato di un declino della qualità dei servizi sanitari. Vi è poi una crescente sfiducia nella sanità... e nei sanitari.

Parole chiave: epidemiologia, spesa sanitaria, infermiere di famiglia, pandemia, SSN.

Abstract: It is hoped that epidemiology can provide fundamental support and renewed confidence in the NHS. Italian epidemiology (and not only Italian!) should be called upon to document the consequences of the current state of affairs on the health of the population, especially the most fragile and deprived. The shift of resources from the public to private is not without consequences. The English experience clearly demonstrates this. The privatization of the NHS in England, through the outsourcing of services to for-profit companies, has increased significantly in the period 2013-2020. The outsourcing of the private sector has coincided with a significant increase in mortality rates, as a result of a decline in the quality of health services. Then there is a growing distrust in healthcare... and in healthcare workers.

Keywords: Epidemiology, Health Expenditure, Family Nurse, Pandemic, NHS.

Introduzione

La riforma più rischiosa, e forse più importante, degli ultimi 50 anni può essere l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, con la legge 833/78. Una legge che è l'espressione dell'articolo 32: tutti devono poter ugualmente soddisfare i propri bisogni sanitari e i costi devono essere sostenuti da tutti, sani e malati, in proporzione alle loro disponibilità. Un occhio di riguardo alla Costituzione deve essere dato anche agli art. 9 e art. 41 (ricerca scientifica e tutela dell'ambiente).

La legge 833 pose fine alle differenze tra cittadini determinate dalle mutue sanitarie. Lo slogan «Pubblico è meglio» si sviluppò per lo più nei servizi pubblici o in quelli convenzionati con il pubblico. I servizi privati erano quasi una nicchia, per pochi, e si limitavano a cliniche di lusso dove operavano comunque i Primari medici degli ospedali pubblici.

Quello che accadde fu importante: una riforma che dava sicurezza a tutti. Due componenti della 833 erano fondamentali: innanzitutto, a differenza del centralismo delle mutue, fu data molta **autonomia alle realtà**

locali con l'istituzione delle USL, pensate mediamente di 40.000 abitanti, e dei distretti di poche migliaia di persone, a seguire fu stimolata la **partecipazione delle comunità** nel governo della sanità con i Comitati di gestione nominati dai Consigli comunali.

Quando ancora non si era raggiunto un adeguato assetto della riforma attraverso la partecipazione democratica al governo della sanità, le USL furono trasformate in aziende (ASL) controllate centralmente dalle Regioni. Queste ASL divennero sempre più ampie, sino a coincidere persino con l'intero territorio regionale; questa spinta al ritrovato concentrazione si originò per due motivi: un maggior controllo gestionale e una riduzione sperata dei costi.

Discussione

Nei primi anni del 2000, esplosero due aspetti critici: la galoppante **crescita della spesa sanitaria** e la cosiddetta **pletora medica**, che ha portato all'introduzione del numero chiuso in facoltà e scuole di specializzazione. È quest'ultimo provvedimento un determinante

dell'attuale carenza di medici specialisti in alcune branche (vedasi medicina d'urgenza per i Pronto Soccorso). La spesa medica, invece, è aumentata, innanzitutto perché c'è stato uno sviluppo notevole nelle prestazioni mediche, poi perché la popolazione è invecchiata e quindi anche i bisogni sono aumentati. Ma, se vediamo il rapporto della spesa con la ricchezza disponibile (il PIL), l'aumento non è mai stato elevato; anzi, ultimamente la tendenza è a diminuire. Le figure 1 e 2 riguardano la spesa sanitaria e sono grafici pubblicati dall'osservatorio CPI della Università Cattolica, in cui il picco del

2020 ovviamente è dovuto al Covid-19 (<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria-italiana>).

Sono due decenni che, rispetto al PIL, escludendo le spese per far fronte alla pandemia di Covid-19, le risorse assegnate alla sanità non aumentano, semmai decrescono, nonostante aumentino i bisogni dovuti all'invecchiamento della popolazione e i costi delle prestazioni per il continuo relativo sviluppo, peraltro ovviamente benefico, della medicina. Le leggi di bilancio dell'attuale governo non sono per nulla confortanti, nonostante le sue

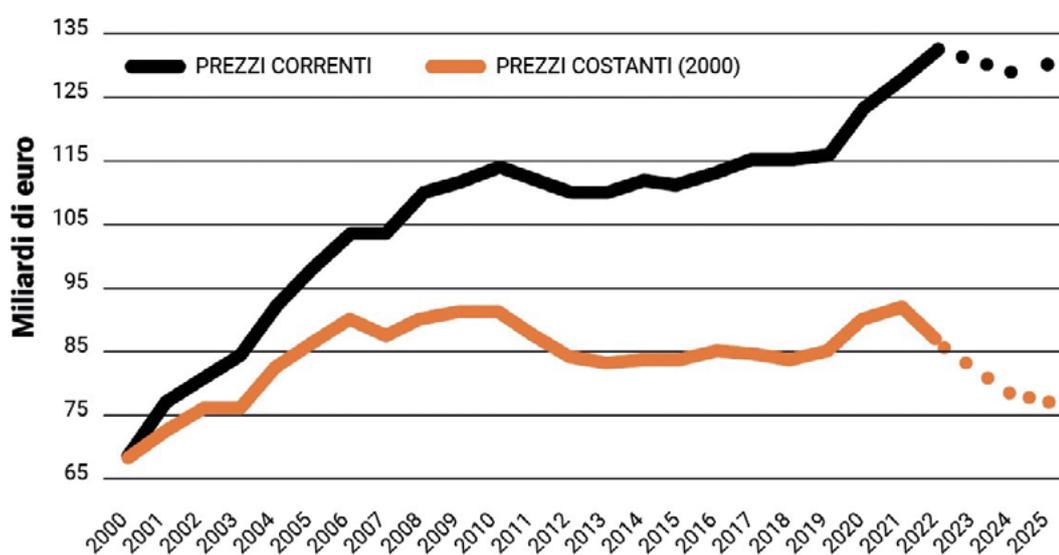


Figura 1. Spesa sanitaria dal 2000 al 2025. Fonte: Elaborazione OCPI su dati Camera dei Deputati.

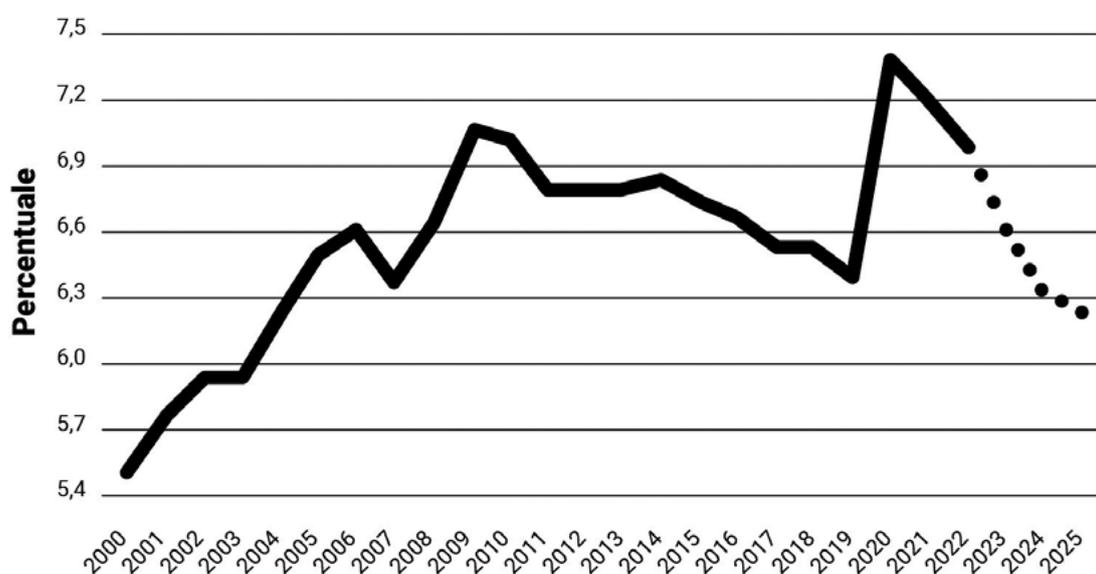


Figura 2. Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL. Fonte: Elaborazione OCPI su dati Camera dei Deputati.

dichiarazioni enfatiche. A proposito, Giancarlo Giorgetti, l'attuale ministro dell'Economia, in un'intervista ha affermato che l'aumento del fondo sanitario è una misura a favore dei meno abbienti, perché sono loro che non possono pagarsi le prestazioni. E questo fa intrav-

vedere qual è la visione politica crescente: un sistema sanitario prevalentemente garantito solo per chi non può pagarsi un'assicurazione sanitaria privata! In parte è già così, come risulta dai dati della Indagine Multiscopo Istat del 2022 (figure 3 e 4).

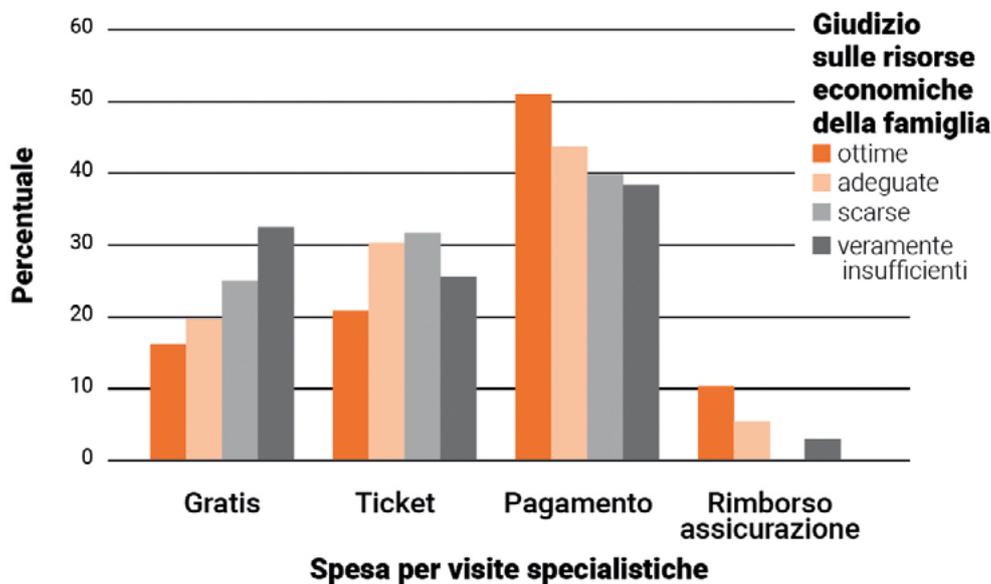


Figura 3. Percentuale di visite con diverse condizioni di accesso, per categorie di utenti con diverse condizioni economiche.

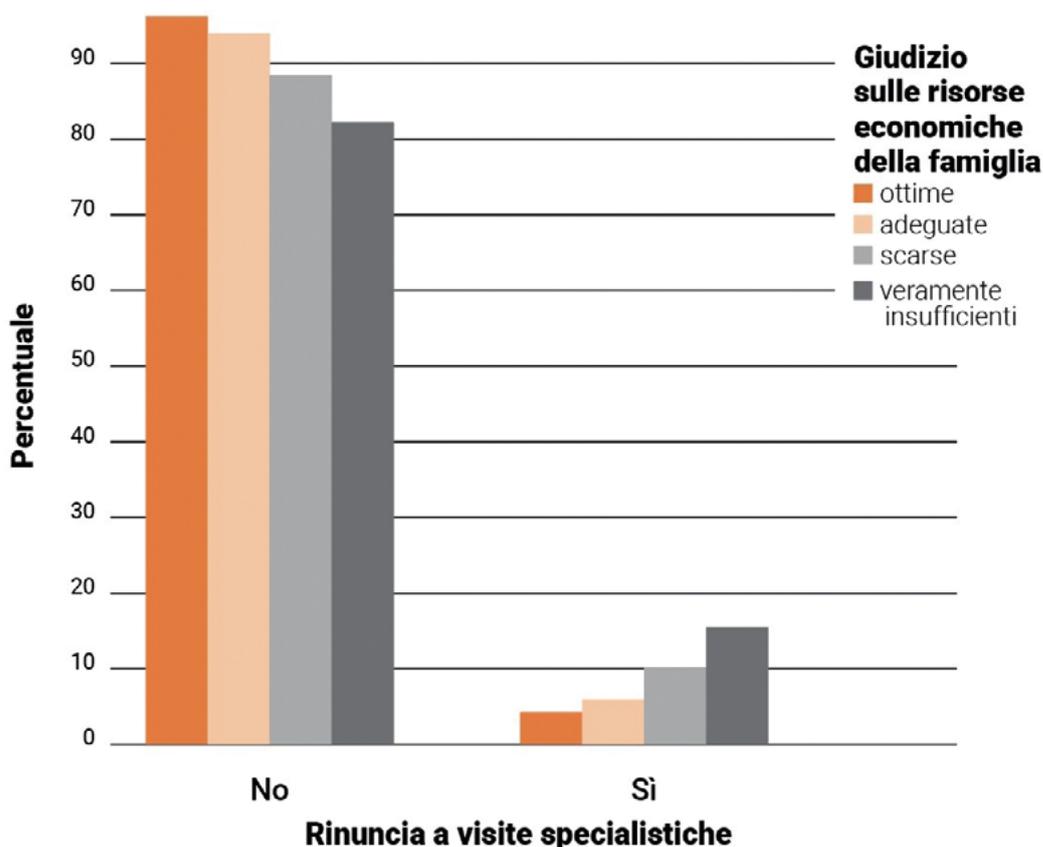


Figura 4. Percentuale di soggetti che hanno rinunciato a visite specialistiche, per diverse condizioni economiche.

La conseguenza è ovviamente una maggior rinuncia alle cure da parte dei meno abbienti. Allora, c'è anche da chiedersi se un sistema come il nostro servizio sanitario potrà reggersi in futuro se i costi della sanità dovessero aumentare ancora in misura importante. Qual è la quota del PIL per la sanità che un Paese come il nostro può permettersi? E in futuro, se questa quota fosse superata, potrà usufruire di una buona e completa sanità solo chi potrà pagarsela contribuendo alla crescita delle assicurazioni sanitarie private? Assicurazioni che non danno copertura a chi ha più di 75 anni (proprio nell'età critica!). Assicurazioni e fondi che offrono servizi, attività e prestazioni integrative (o complementari), aggiuntive (o supplementari) e sostitutive (o duplicative), a complemento o sostituzione di quelle comprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) garantiti dal servizio pubblico: Fondi sanitari negoziali o contrattuali, associazioni senza scopo di lucro o fondazioni, nate grazie a contratti collettivi di lavoro o accordi collettivi. Fondi sanitari aperti o polizze collettive, fondi istituiti sotto forma di patrimoni autonomi e separati o sotto forma di polizze assicurative. Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale. A queste tre forme principali se ne aggiunge una quarta, ancora molto poco diffusa in Italia, i cosiddetti Fondi sanitari doc, ai quali possono iscriversi tutti i cittadini senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Questi fondi offrono solamente prestazioni non offerte dal Servizio Sanitario Nazionale. Grave sarebbe la riammissione della proposta del parlamentare Calderoli sull'autonomia differenziata!

Gli attuali politici dell'opposizione fanno della sanità un argomento di battaglia, ma non sembra che queste loro giuste rivendicazioni siano vissute come tali da tutta la popolazione e c'è da chiedersi il perché. I giovani, non intravedono necessità immediate relative alla loro salute e gli anziani abituati ad avere accesso ai servizi sanitari non riescono a cogliere il rischio di perdere un importante sostegno. La carenza di risorse dipende in parte anche dalle inefficienze e dagli sprechi; facciamo un esempio di inefficienza: durante la pandemia di Covid-19 in Italia fattori strutturali, normativi e la limitata disponibilità di competenze specifiche hanno fortemente ostacolato la capacità di identificare rapidamente i casi secondari e prevenire l'ulteriore

trasmissione dell'infezione. La ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) è una componente chiave delle strategie di prevenzione e controllo del Covid-19 e non solo. L'assenza di interoperabilità tra i sistemi informativi esistenti ha messo in luce la necessità di investire sull'integrazione tra servizi ICT, servizi di epidemiologia e servizi di sanità pubblica. L'assenza di indicatori predefiniti ha reso impossibile il confronto tra diverse soluzioni organizzative per il contact tracing, pertanto è auspicabile un progetto ministeriale sul *contact tracing*. A tal fine sarebbe auspicabile un'ulteriore integrazione degli obiettivi di salute, previsti dal PNRR nella Missione 6, puntando al miglioramento degli studi di ricerca epidemiologici. L'epidemiologia italiana (e non solo quella italiana!) dovrebbe essere chiamata a documentare le conseguenze dell'attuale stato di cose sulla salute della popolazione, soprattutto di quella più fragile e deprivata. Lo spostamento delle risorse dal pubblico al privato non è senza conseguenze. Lo dimostra chiaramente l'esperienza inglese. La privatizzazione dell'NHS in Inghilterra, attraverso l'esternalizzazione dei servizi a società a scopo di lucro, è aumentata in maniera consistente nel periodo 2013-2020. L'esternalizzazione del settore privato ha coinciso con un aumento significativo dei tassi di mortalità, come risultato di un declino della qualità dei servizi sanitari.

Vi è poi una crescente sfiducia nella sanità, con più del 20% degli intervistati nella Indagine Multiscopo Istat che dichiara di avere poca fiducia nei sanitari. E il giudizio è tanto più negativo quanto meno si è soddisfatti della propria salute; nelle Regioni meridionali c'è ancor maggior sfiducia, forse a causa di una sanità ancora meno garantita (figure 5 e 6).

Ma allora che fare? È auspicabile che l'epidemiologia possa dare un fondamentale sostegno e una rinnovata fiducia al SSN.

Attraverso l'epidemiologia si potrebbero diffondere e commentare i dati pubblici riguardanti lo stato di salute e l'uso di servizi sanitari da parte della popolazione: i dati rimangono confinati e poco consultati anche da parte dei decisori dei servizi sanitari.

Attraverso i dati della ricerca epidemiologica sarebbe possibile predisporre misure di sanità pubblica. L'approccio epidemiologico consiste nel comprendere la storia naturale delle malattie per scegliere e pianificare gli opportuni interventi di sanità pubblica. Agisce sulla base di evidenze scientifiche consolidate

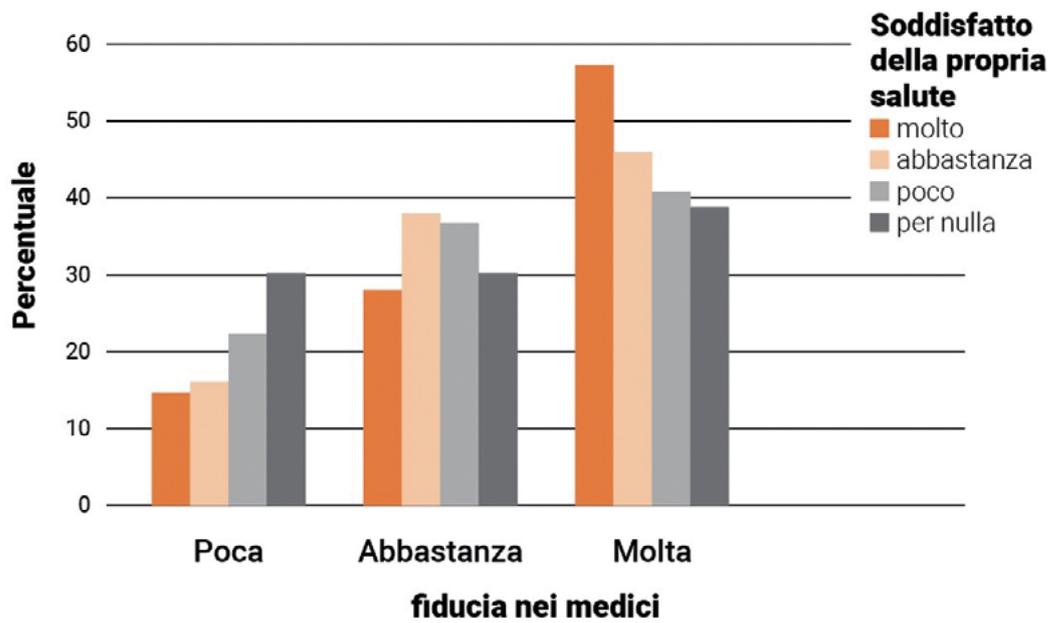


Figura 5. Grado di fiducia nei medici, per stato di salute percepito.

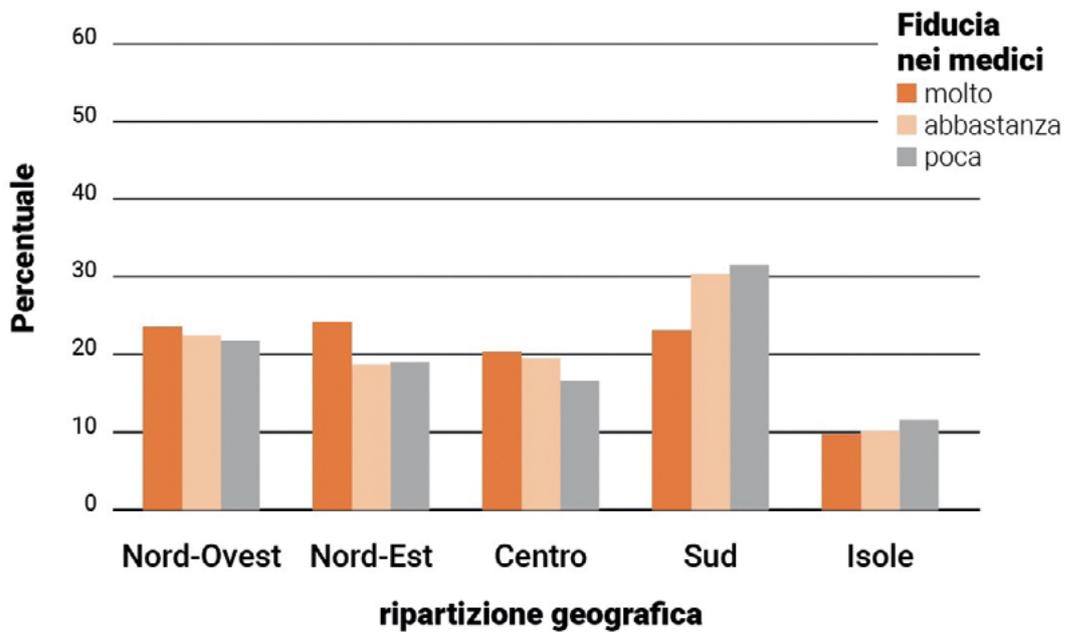


Figura 6. Percentuali di soggetti con diversi livelli di fiducia nei medici, per macroarea geografica.

e nel rispetto di criteri accreditati a livello internazionale. Scopo principale dell'epidemiologia è la prevenzione. La sanità privata, individuale, non si occupa di prevenzione collettiva e si limita necessariamente a trattare i problemi del singolo.

Esistono due tipi di studi epidemiologici, osservazionali e sperimentali. Lo studio internazionale EPIC, che sostenuto da AIRC ha valutato il legame tra alimentazione e cancro, e lo studio Framingham, che ha identificato

molti fattori di rischio cardiovascolare, sono studi osservazionali.

Sono detti sperimentali in ambito clinico quegli studi, condotti sempre in sicurezza e nel rispetto di norme etiche, in cui il ricercatore modifica le condizioni di partenza per verificare l'efficacia di una cura o di una misura di prevenzione.

Rientrano nella prevenzione gli studi su come ridurre le disuguaglianze socio-economiche in campo sanitario. Tale riduzione rap-

presenta un obiettivo cruciale della politica sanitaria nella maggior parte dei paesi, inclusa l'Italia, dove costituisce uno dei pilastri del Piano nazionale di prevenzione. Nonostante la copertura sanitaria universale, in Italia persistono differenze negli esiti sanitari dovute alle disuguaglianze socio-economiche, anche se con minore intensità rispetto alla maggior parte dei paesi europei. L'analisi della MEV rappresenta uno degli strumenti indispensabili per affrontare il tema delle differenze in ambito epidemiologico e sanitario.

Da oltre vent'anni le cartografie italiane sul tema riflettono una chiara disparità territoriale: dai primi approfondimenti in materia, a partire dalla *Relazione sullo stato sanitario del Paese* del 1996 e passando per *Prometeo – Atlante della Sanità Italiana (1999-2001)*, *Epidemiologia e Ricerca Applicata (ERA)* (2007-2012), *Mortalità Evitabile (con intelligenza) (MEV(i))* (dal 2013), la costante comunque presente è un netto gradiente geografico che vede una distanza tutt'altro che trascurabile fra le aree del Paese. Nei prossimi anni i dati, forse, si potrà quantificare in quale misura abbiano inciso gli stili di vita modificati dalle straordinarie condizioni sociali e familiari da un lato e, dall'altro, le improvvisate (e improvvisate) strategie di emergenza che si sono abbattute sui servizi socio-sanitari.

In ogni caso, se è vero che «non esiste alcuna ragione biologica conosciuta per cui ogni popolazione non debba essere sana quanto la migliore» gli effetti a lungo termine della pandemia di Covid-19 non potranno che aggiungersi alle preesistenti ragioni per cui lo stato di salute degli italiani risulta così eterogeneo e con ogni probabilità concorrere ad amplificare il divario.

È opportuno dire che esistono un portale di epidemiologia per gli operatori sanitari su su Epicentro, un Bollettino Epidemiologico Nazionale, una rivista trimestrale curata dall'Istituto Superiore di Sanità. Esiste inoltre la rivista «Epidemiologia & Prevenzione», dell'Associazione Italiana di Epidemiologia.

Conclusioni

L'obiettivo della 833 era proprio quello di realizzare un SSN che affrontasse globalmente le dimensioni della salute integrando gli elementi individuali con quelli collettivi; per poter raggiungere questo obiettivo, il lavoro degli epide-

miologi è sicuramente determinante. La salute si promuove e si protegge concretamente con un approccio globale, sia individuale che collettivo, e solo un servizio pubblico, se ben governato, può garantirlo. La prevenzione si basa su un quadro epidemiologico che solo un sistema pubblico può fornire. Gli epidemiologi possono dare una mano al SSN anche per evitare attività inappropriate e per valutare l'efficacia delle azioni; la carenza di risorse dipende in parte anche dalle inefficienze e dagli sprechi. In tale ottica è stato predisposto il programma per la formazione degli operatori dei servizi territoriali della Regione Sardegna, in ottemperanza del D.M. 23 maggio 2022 n. 77: «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale».

Il programma prevede elementi di sanità pubblica:

- conoscere i concetti fondamentali dell'epidemiologia;
- discutere l'utilità dell'epidemiologia ai fini della programmazione e della valutazione dei servizi sanitari;
- utilizzare le misure di frequenza e di associazione;
- discutere ed individuare i fattori di rischio ed i nessi di causalità con gli outcome;
- appropriarsi dei concetti base di demografia e conoscere le tecniche di standardizzazione;
- analizzare i bisogni di salute e porli in scala di priorità;
- la stratificazione della popolazione sulla base del rischio.

Gli obiettivi sono lo sviluppo ed il rafforzamento delle strutture di prossimità come le case della comunità (CdC), gli ospedali di comunità (OdC), le centrali operative territoriali (COT), le nuove figure professionali quali l'infermiere di famiglia o comunità (IFeC).

Nel concludere questa breve riflessione, dico che è essenziale mettere mano all'impianto di tutto il sistema sanitario e sociale, innanzitutto definendo una volta per tutte la funzione del medico di medicina generale che sembra abbia perso il suo ruolo centrale: pur restando autonomi dovranno partecipare alle attività delle case di comunità, interagendo con altri pari e con altre professionalità, in primis gli infermieri di famiglia e comunità

(IFeC). Una possibile, indispensabile e urgente, ristrutturazione del SSN deve vedere la partecipazione attiva di esperti epidemiologi sia nella fase di analisi che in quella di progettazione e di valutazione. È opinione di tanti addetti ai lavori e di altrettanti cittadini avere un rinnovato Servizio Sanitario Nazionale, che sappia realizzare tutti gli obiettivi fondativi dell'attuale SSN, ma sapendone evitare le criticità via via accumulate.

Riferimenti bibliografici

Cislaghi C., *Sistema sanitario nazionale addio? Vogliamo un nuovo SSN*, «Epidemiologia & Prevenzione, rivista dell'associazione italiana di Epidemiologia», E&P 2024, 48 (3)

Costituzione italiana. Gazzetta Ufficiale n. 298, 1947.

Legge 833/78, Gazzetta Ufficiale della Repubblica, n. 360 suppl., 1978.

Spandonaro F., d'Angela D., Polistena B. (a cura di), 18° Rapporto CREA, CREA Sanità, dicembre 2022.

Spandonaro F., d'Angela D., Polistena B. (a cura di), 19° Rapporto CREA, CREA Sanità, dicembre 2023.

Spandonaro F., d'Angela D., Polistena B. (a cura di), 20° Rapporto CREA, CREA Sanità, dicembre 2024.

Sitografia

Istat, Decessi e cause di morte. Istat 2022, Indagine Multiscopo, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0810HEA,1.0/HEA_DEATH, (ultima consultazione: 3 ottobre 2024).

Nebo Ricerche PA, "MEV(i) – Mortalità evitabile (con intelligenza)" – www.mortalitaevitabile.it.

<https://www.fondoasim.it/fondi-assistenza-sanitaria-integrativa/>.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria-italiana>.

<https://epiprev.it/editoriali/sistema-sanitario-nazionale-addio-vogliamo-un-nuovo-ssn> (ultima consultazione: 4 marzo 2025).

Servizio Promozione della Salute e Osservatorio Epidemiologico: Regione Sardegna 2023, <https://www.regione.sardegna.it/> (ultima consultazione: 23 novembre 2024).