

JOB

l'uomo, il
LAVORO e i suoi dintorni

ZONE



Allegato alla
"Lettera ai soci
e simpatizzanti"

Maggio - giugno 2021

Le politiche sanitarie alla prova della pandemia (seconda parte)

Terminiamo, con questo secondo numero di Job Zone, la pubblicazione del documento sulle "Politiche Sanitarie alla prova della Pandemia", redatto dalle ACLI Provinciali di Milano. E' un numero denso, e ce ne scusiamo, ma vi chiediamo lo stesso la pazienza di leggerlo per la qualità delle analisi e delle proposte.

Proprio in questi giorni registriamo che la Commissione Sanità di Regione Lombardia, a guida Lega, ha bocciato l'emendamento di PD e di tutte le minoranze nel quale si chiedeva di attivare entro il 1° luglio 2021 il Centro Unico di Prenotazione per le strutture pubbliche e private convenzionate, conformemente a quanto stabilito dalla stessa Regione nel 2016 (e continuamente prorogato) che deliberava l'obbligo dei privati (pena la decadenza dei loro contratti) di rendere disponibili le proprie agende nella piattaforma del sistema CUP Regionale. Norma che renderebbe nei fatti più trasparenti e misurabili le offerte proposte, agevolando il servizio di prenotazione e riducendo i tempi di attesa senza "costringere" i cittadini a rivolgersi a visite specialistiche a pagamento o peggio a rinunciarvi.

Già la sola attuazione di questa norma rappresenterebbe un primo passo verso un necessario riequilibrio dei rapporti tra pubblico e privato che, aggiunta ad una auspicabile revisione dell'accreditamento delle strutture private, esclusivamente legato alle offerte di prestazioni rispondenti per qualità e quantità ai "reali" bisogni di salute dei cittadini (monitorati e attuati nei piani di programmazione), consentirebbero un proficuo miglioramento del servizio con meno costi parassitari e più efficienza.

Credo che il modo migliore per farci accompagnare nella lettura del documento, sia ricordare le parole del Cardinale Martini da: "L'etica dello stato sociale" (Roma 24 novembre 1999), pronunciate all'apertura della Conferenza nazionale della Sanità - "Ci sono esigenze umane importanti che sfuggono alla logica del mercato; ci sono dei beni che, in base alla loro natura, non si possono e non si debbono vendere e comperare. (...) Non si può pensare alla Sanità come azienda, alla salute come prodotto, al paziente come cliente".

Buona lettura.

Modello Lombardo, ora voltare pagina! Dal mercato della Salute, alla Salute "bene Pubblico"

3 - Criticità e proposte.

a - La salute una questione pubblica

Alla luce delle considerazioni precedenti si comprendono ampiamente le criticità che sono emerse durante l'attuale evento pandemico. Preliminarmente occorre sottolineare che – a giudizio unanime - l'emergenza coronavirus ha mostrato quanto la **questione della salute** non sia un tema legato al singolo individuo, ma di fatto sia **un tema di comunità e di territorio**, in buona sostanza una questione pubblica. **L'aver gradualmente spostato, in questo ultimo ventennio, il tema della salute da questione pubblica a soluzione individuale**, è probabilmente uno dei motivi, certamente non il solo, per cui la Lombardia si è rivelata particolarmente vulnerabile nella gestione dell'emergenza sanitaria determinata dal Covid-19. Il sistema sanitario è stato costruito intorno al concetto di assistenza centrata sul **paziente**, ma un'epidemia richiede un cambiamento di prospettiva verso un concetto di assistenza centrata sulla **comunità**.

• **Occorre rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. Se vogliamo considerare il SSN un bene pubblico essenziale, vanno riconsiderati i rapporti tra centro e periferia. Non possiamo permetterci venti diversi servizi sanitari. Alcune regioni hanno mostrato di funzionare meglio, altre peggio. Traiamo insegnamento da questo e, senza stilar classifiche, cerchiamo soluzioni

che debbano valere per tutti, **rafforzando la cabina di regia** e il **coordinamento** che devono essere centrali.

· **Occorre investire risorse nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** Da molti anni il SSN è stato de-finanziato (abbiamo il rapporto tra finanziamento del SSN e PIL tra i più bassi d'Europa). Per contro **è aumentato il costo pagato di tasca propria dai cittadini** (vedere dati riportati nella nota 2) per evitare **liste di attesa troppo lunghe** o per accedere a servizi e prestazioni non coperte.

Finanziamento del SSN, della scuola pubblica e della ricerca sono le voci che più hanno sofferto nelle ultime finanziarie, indipendentemente dai governi che le hanno promosse. **Oggi c'è bisogno di invertire la rotta.**

b - Medici di Medicina Generale

Appare in modo evidente la **crisi dei Medici di Medicina Generale** (MMG, i medici di Famiglia) e del settore **infermieristico**. Nel tempo i Medici di Medicina Generale sono stati trasformati sempre più in burocrati e prescrittori invece che essere considerati i veri presidi di controllo e intervento sanitario. Sono tra coloro che hanno pagato il prezzo più alto in questa crisi.

· **Occorre ripensare, proteggere e dare nuova dignità al lavoro dei Medici di Medicina Generale.** La medicina di gruppo, opportunamente rafforzata e tutelata, deve diventare il **presidio fondamentale a livello territoriale** per diagnosticare, curare, prevenire. Una prima azione deve consistere nel programmare un riequilibrio degli organici del personale medico e paramedico, allineandoli alle prescrizioni dell'OMS e agli standard dei Paesi omologhi (3).

· **Occorre riscoprire il ruolo dell'Infermiere di comunità.** Una figura che possa operare nel territorio, a contatto coi medici, e che possa recarsi al domicilio delle persone, soprattutto anziane e magari non autosufficienti. Il modello della "ospedalizzazione domiciliare" in atto nel trattamento dei pazienti oncologici in fase avanzata può essere uno strumento utile su cui lavorare.

c - Prevenzione

Si è assistito ad una grave inadeguatezza della risposta dell'ATS in funzione di Sanità pubblica. Il Dipartimento di prevenzione di competenza dell'ATS garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale (D.lgs. 229/1999).

L'impressione è che in Lombardia i Dipartimenti di prevenzione siano stati silenziati. Non si è sentita la voce competente dei direttori dei Dipartimenti di prevenzione. I sindaci, sentito il Dipartimento di Prevenzione, potevano assumere le ordinanze di competenza territoriale in relazione a: chiusura Rsa, divieto di assembramenti, chiusura centri sociali, isolamento dei casi. Ma niente di questo è avvenuto.

Inoltre sebbene in ossequio all'ultimo «Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale» - stilato dal Ministero della Salute e dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - la Lombardia, avesse un **piano pandemico risalente al 2006**, che seppur datato avrebbe potuto funzionare, se aggiornato come previsto dalle norme vigenti, la Regione è arrivata **totalmente impreparata** all'emergenza, **senza protocolli di sicurezza** negli ospedali e presidi di tutela territoriali.

· **L'igiene pubblica e i dipartimenti di prevenzione, devono tornare ad una reale e efficace operatività.** Non frammentati tra ATS e ASST, ma unitari, con una propria autonomia e dotati di personale adeguato: a loro spetta il compito di cogliere il pericolo, e intervenire rapidamente, tracciando, isolando, proteggendo.

d - Modello ospedalocentrico

Il sistema sanitario Lombardo ha creato - con la riforma attuata - una vasta rete di servizi clinici e ospedalieri, ma **ha diminuito i finanziamenti per le attività di sanità pubblica e i laboratori pubblici.**

Di fronte alla pandemia gli sforzi iniziali del sistema sanitario regionale si sono concentrati su alcuni obiettivi primari: la raccolta di dati per comprendere l'epidemiologia e modellizzare l'intervento, il potenziamento della capacità diagnostica e la promozione dell'assistenza ospedaliera. Inoltre, si è cercato di aumentare i posti letto di T.I. dopo che negli anni era stata depotenziata la rete regionale di terapia intensiva esistente.

La ricerca di infezioni è stata focalizzata sulle persone con sintomi (come da raccomandazione nazionale) ma la ricerca di contatti, i test a domicilio, l'assistenza e gli sforzi di monitoraggio sono stati ostacolati dalla rapida esplosione del numero di casi e dall'assenza di una rete di medicina territoriale strutturata.

Nel conseguente approccio incentrato sul paziente, i medici, le cliniche ambulatoriali e il pronto soccorso sono stati in prima linea durante la pandemia. In assenza di altre opzioni, i pazienti sono stati inviati in **ospedale**, sovraccaricando le risorse umane e i letti esistenti e diluendo inevitabilmente la qualità delle cure. Sono stati identificati centri COVID-19 dedicati, (talora sradicati da un contesto complesso ma indispensabile di servizi necessari - oltre gli apparati di ventilazione - come è successo per l'Ospedale Covid costruito presso la zona Fiera a Milano), ma a causa dell'enorme

numero di casi, la segregazione all'interno degli ospedali si è rivelata impossibile. I centri di convalescenza per coloro che non avevano bisogno di cure ma che avevano bisogno di un monitoraggio continuo non sono stati disponibili fino a molte settimane dopo l'inizio dell'epidemia.

L'impatto di fatto dell'epidemia sul sistema sanitario lombardo poteva essere ridotto attraverso un forte ed esteso sforzo di **sanità pubblica** per confermare e isolare i casi e i contatti in modo tempestivo e per ridurre al minimo i contatti non necessari tra gli operatori sanitari e le persone contagiate attraverso test e monitoraggi periodici realizzati a domicilio.

Il Covid-19 richiede risposte sanitarie differenziate in relazione alle diverse tipologie di pazienti coinvolti dal virus. I pazienti asintomatici, i pazienti sintomatici precoci e non gravi e i pazienti sintomatici gravi hanno necessità assistenziali diverse che coinvolgono tutte e tre le grandi aree di intervento sanitario – **prevenzione, territorio, ospedali** – in un'ottica di filiera assistenziale integrata e dedicata.

· **Occorre realizzare un potente sistema di sorveglianza delle infezioni sul territorio**, potenziando i dipartimenti di prevenzione (individuare i casi con la sorveglianza, confermarli con il test, individuare i contatti, testarli e isolarli). Per raggiungere questo obiettivo occorre **rafforzare le reti assistenziali territoriali** mediante un processo che può e deve partire dal basso. I Comuni, il mondo del **privato sociale**, il Terzo settore (le fondazioni di comunità), i soggetti privati (dal welfare aziendale alle strutture sanitarie e sociosanitarie) devono costruire coalizioni territoriali riconoscibili per chiedere a gran voce il riequilibrio dell'organizzazione della sanità per renderla più efficiente, più efficace e più equa.

e – Rapporto pubblico/privato

Anche l'introduzione del **rapporto pubblico/privato** con la finalità di rendere efficiente il sistema sanitario e conferire così la libertà di scelta ai cittadini ha rivelato le sue criticità facendo venire meno così in sostanza il principio universalistico su cui si basa la sanità. Ne troviamo una evidenza anche nei numeri dei **posti letto** e gli impegni di spesa conseguenti (4).

· **Occorre potenziare il sistema sanitario pubblico**: siamo stati abituati per anni, anzi da decenni, a pensare che privato fosse sinonimo di efficienza, qualità, risparmio. Per scoprire che, nell'**emergenza**, è con **l'efficienza e la qualità del pubblico** che dobbiamo fare i conti. E allora, senza demonizzare il privato, dobbiamo tornare ad **aver cura del pubblico**, tutelarlo e finanziarlo adeguatamente, perché in ogni momento possa rispondere, con tempestività ed efficacia.

f – Ripristinare la piena funzionalità dei distretti

I distretti con l'ultima legge regionale di riforma sanitaria in Lombardia perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi.

· **Occorre ripristinare la funzione dei distretti**. I Distretti devono **tornare a funzionare**, tornando a comprendere un ruolo di stimolo e di controllo da parte dei **Comuni**. E, con i distretti, i servizi territoriali, investendo sulle **"case della salute"** che funzionino da vera interfaccia tra medici di medicina generali e ospedale. Solo rafforzando il territorio potremo evitare in futuro il "corto circuito" evidenziato, soprattutto in Lombardia, dalla attuale pandemia.

g - Un errore di politica sanitaria la gestione delle RSA – Residenze Sanitarie per Anziani

Questa pandemia ha avuto un **impatto molto rilevante sulla mortalità** registrata nelle strutture dedicate agli anziani rivelatasi la parte più fragile e più esposta all'infezione da Covid. Questo è il dato più significativo che ci lascia in eredità la pandemia: l'incapacità di proteggere la popolazione più fragile. Molti di questi soggetti hanno infatti contratto il virus nelle strutture destinate alla loro cura.

È indubbio che tutte le strutture abbiano dedicato energie e impegno ad attuare sistemi di gestione della crisi con **limiti strutturali** che ne hanno minato l'efficacia: **l'impossibilità di riorganizzare la gestione interna degli spazi e del personale, l'inaccessibilità a strumenti e materiali** necessari in particolare dei **DPI** (Dispositivi di Protezione Individuale), **la scarsità di personale medico**. Questi fattori sono stati probabilmente determinanti nella prima fase dell'emergenza e dipendono, oltre che dall'impossibilità oggettiva di procedere, anche dall'assenza di linee guida e informazioni chiare.

Ma risulta di tutta evidenza come la gestione Lombarda delle RSA e delle strutture sociosanitarie sia stata senz'ombra di dubbio un **grave errore di politica sanitaria**.

La Regione Lombardia al fine di decongestionare gli ospedali con la **Delibera n. 2906 dell'8 marzo 2020** disponeva "l'individuazione da parte delle ATS di strutture autonome dal punto di vista strutturale (...) strutture della rete sociosanitaria (ad esempio RSA) da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi".

L'aver indicato quei luoghi quando era ormai evidente che gli anziani erano le persone più esposte al rischio di mortalità per infezione da Covid (con anche il problema del contagio tra gli operatori sanitari ivi presenti e conoscendo la difficoltà nel gestire un potenziale contagio in un luogo dove la mobilità delle persone e l'utilizzo dei DPI (per altro inesistenti nelle prime fasi del contagio) sono di faticoso controllo, è stata una scelta scellerata. Sebbene poi per merito della lungimiranza dei responsabili delle strutture, veramente poche di queste hanno accettato di ospitare pazienti covid

positivi dimessi dagli ospedali, ciò non toglie la miopia e il rischio sotteso a tale scelta politica. In questo modo si è guardato solo alle esigenze di decongestione degli ospedali e non si sono messe al centro le persone e i rischi che, in maniera diversa, correivano gli anziani e quanti li accudivano.

Ma Regione Lombardia non si è fermata qui e ha emesso un'altra **Delibera la n. 3018 dell'30 marzo 2020 che disponeva** "in caso di età avanzata – ultra75enni e presenza di situazione di precedente fragilità (..) è opportuno che le cure vengano prestate nella stessa struttura". Pensare di mantenere la persona ultrasettantacinquenne fragile, all'interno della struttura, non trasferendola in ospedale, una volta che l'infezione da Covid fosse sintomatica significa ritenere la persona anziana non oggetto di tutela al pari di una persona non anziana. Ad onor del vero la delibera ipotizzava di raggiungere tale finalità mediante la collaborazione ospedaliera con le strutture sociosanitarie, peccato però che tale collaborazione ancora oggi stenta a realizzarsi. Infatti l'integrazione con il mondo sanitario non si è verificata con l'intensità sperata, né verso la rete ospedaliera né verso quella territoriale degli MMG.

· **Occorre ripensare al modello delle RSA.** L'assistenza alle persone anziane, in particolare, va riconsiderata. Il **modello unico delle RSA** si è mostrato **fragile** e poco tutelante. È lì che il virus ha colpito più duramente. Occorre pensare a **soluzioni domiciliari** innovative, a comunità più piccole e protette, o a RSA più decongestionate e pronte ad affrontare le emergenze.

L'evento pandemico è stato e lo è ancora un evento inedito e drammatico a cui non solo l'Italia ma l'intero pianeta non era preparato.

Ma l'analisi della storia e dell'evoluzione del Sistema Sanitario Italiano, in particolare di quello Regionale Lombardo – resosi ancor più autonomo all'indomani dell'approvazione della modifica del Titolo V della Costituzione – ci porta a considerare come le scelte politiche, in particolar modo quelle di politica sanitaria, possano incidere sulla vita e sulla morte delle persone e come le responsabilità di governo rispondano anche a logiche di visione antropologica in cui spesso le esigenze del mercato e del profitto prevalgono su quelle del bene comune.

Secondo gran parte della comunità scientifica anche internazionale questa pandemia non sarà l'ultima ma ci saranno altre minacce virali pandemiche (il Covid è il quinto agente infettivo arrivato) di cui non si conoscono al momento le implicazioni sanitarie: non si sa quando, ma ci saranno. Un altro enorme problema sarà la antibiotico- resistenza. Questa lezione dovrà servirci per il futuro o avremo repliche ancora più drammatiche non solo da un punto di vista sanitario ma anche dei conseguenti impatti sul sistema economico, del lavoro e sociale.

La salute di ogni individuo è funzione di alcune variabili, di cui la sanità è la prima, ma dobbiamo considerare anche gli stili di vita, le condizioni lavorative, l'ambiente ecologico, la famiglia. Non dobbiamo commettere l'errore di pensare che la nostra salute dipenda unicamente dalle strutture sanitarie, ma anche dal senso di isolamento sociale che deriverebbe da una eventuale grave e lunga recessione economica. La pandemia non ha fatto distinzioni di ceto, economiche o di razza anzi.... ci piace pensare abbia fatto emergere la parte più autentica dell'umano che si esprime nell'attenzione, nella solidarietà e nel sostegno durante la sofferenza.

Milano, 11 maggio 2020.

(fine)

NOTE:

(2) - 19,6 milioni di italiani costretti a spesa privata per sanità (il 50% categorie fragili); per famiglia spesa 1.522 euro, procapite 691,84. Nel 2018 il 44% ha fatto ricorso al privato, per una spesa di 37 mld; la spesa per il privato vede: Italia al 23,8%, Regno Unito 15,96, Germania 12,33, Francia 7,38. Tempi di attesa medi Italia 128 gg x visita endocrinologica, 114 per diabetologica, 65 oncologica 75 oculistica, 97 per mammografia, 75 colonscopia, 71 densitometria ossea. Dati nazionali dal *Rapporto RBM-CENSIS (Aboutpharma maggio 2019)*.

Spesa sanitaria privato pro-capite: Valle d'Aosta 859, LOMBARDIA 752, davanti a Trentino, Veneto, Emilia Romagna, etc. (*Ricerca SDA BOCCONI, pubblicata 7 maggio 2020*). - **La spesa sanitaria italiana pro-capite ci vede sotto la media OCSE:** spesa totale: Italia 3.428 dollari per persona, contro i 3.980 della media OCSE. In zona OCSE siamo al 21° posto: meglio di noi Germania, Francia, Regno Unito, Paesi Bassi, Spagna. E anche in termini percentuali del PIL la situazione è analoga: media OCSE 6,6%, Italia 6,5%, Germania 9,5%, Francia 9,3%, Regno Unito 7,5%, etc. In Italia lo Stato investe 119 miliardi in Sanità, mentre **la spesa privata è di circa 40 miliardi**, di cui 37 da esborsi diretti dei cittadini (out of pocket): gli italiani pagano di tasca loro il doppio dei francesi e dei tedeschi (G. Landonio, convegno ACLI 25/5/19).

(3) - "I MMG sono 6400 in Lombardia (a Milano sono 860) con una età media di 59 anni. L'80% lavora in studi singoli. Nel giro di pochi anni si assisterà ad un ricambio generazionale che non potrà essere coperto in toto da giovani medici. Gli infermieri sono 38.000, ma non raggiungono il rapporto virtuoso fissato dall'OMS di 3 infermieri per un medico. Ne mancherebbero infatti 4700. La carenza di infermieri è confermata dal ricorso al lavoro straordinario, che interessa il 40% degli addetti. Ciò segnala un rischio potenziale per la salute dei pazienti e degli stessi operatori. Ogni infermiere dovrebbe assistere al massimo 6 pazienti, ma attualmente ne assiste quasi il doppio" (G. Landonio, convegno ACLI 25/5/19).

(4) Posti letto nelle strutture private n. 7586, pari al 21,1%: finanziamento regione Lombardia: 7 miliardi circa. Posti letto nelle strutture pubbliche n. 28.384, pari al 78,9%. Finanziamento Regione Lombardia: 10,5 miliardi. Il privato, con il 21,1% dei posti letto, ottiene il 40% della spesa sanitaria (5,4 miliardi per i soli ricoveri). N.B.: il rapporto posti letto/finanziamento è puramente indicativo, non tiene conto della "qualità" dei medesimi: un posto letto in cardiocirurgia (per lo più privati) non ha lo stesso riconoscimento economico di uno in Medicina. Ma il dato su riportato segnala una decisa asimmetria (La Repubblica 3/3/20 dati 2016).