

10 settembre 2020

Ci stiamo avvicinando all'autunno di questo anno drammatico, alle elezioni regionali, alla riapertura delle scuole: come medici, operatori sanitari e sociali vorremo fornire alcune informazioni e condividere alcune riflessioni insieme ai cittadini, rivolgendoci ai candidati al Consiglio e alla Giunta regionali ed in particolare a coloro che sono candidati al ruolo di Presidente di Regione.

L'emergenza Covid-19 ha messo a nudo l'impreparazione del paese, ma ancor di più degli assessorati alla sanità e dei dirigenti delle ASL e dei servizi di Prevenzione di molte Regioni italiane: particolarmente in Lombardia ma non solo. Anche in Liguria sia l'incidenza che la letalità sono state superiori alla media nazionale (¹ ISS, agosto 2020). Nei tre mesi gennaio-marzo i morti per tutte le cause e di tutte le età in Liguria sono stati 3.234, 50,3% in più della media 2015-2019 (² ISTAT, maggio 2020). Infine, il numero di tamponi eseguiti è stato inferiore alla media nazionale (³ Quotidiano Sanità, 8 maggio 2020). I ritardi, le inefficienze e gli errori sono stati pagati con sofferenze, morti e aggravamento delle condizioni di reddito e di lavoro e di salute di molti italiani nella nostra come in altre regioni. Le persone infettate dal coronavirus o quelle che erano a rischio di esserlo sono state lasciate senza una assistenza di prossimità, senza poter ricorrere ai loro medici di famiglia, i quali a loro volta non avevano ricevuto né istruzioni e linee guida né dispositivi di protezione elementari (mascherine, camici, tute, visiere, disinfettanti). A parte le informazioni dei media, ciò che veniva offerto loro erano tre o quattro numeri di emergenza, presto congestionati, e nei casi clinici più severi il ricovero ospedaliero: pronti soccorso caotici, reparti senza il livello necessario di sicurezza e profilassi, poche sale di terapia intensiva non sempre con personale adeguato.

C'è chi spera di tornare a "come eravamo prima della pandemia". Noi non vogliamo tornare indietro e crediamo che si debbono invece cercare strade nuove per un vivere diverso e migliore. I problemi di salute nella nostra regione non sono soltanto legati al Covid-19 e quindi facciamo in merito alcune nostre proposte:

- A) **Poniamo fine a decenni di "de-finanziamento" nel Servizio Sanitario Nazionale.** Investiamo nella sanità e per la salute. Di fronte alle straordinarie conseguenze economiche e sociali del lockdown nessun governo, nessun partito, sindacato o istituzione si dovrebbe opporre a questa inversione di tendenza. Ma **i fondi del governo e i fondi della Commissione Europea**, stimati in 27-30 miliardi, che in percentuale saranno distribuiti anche alle regioni, **come e dove saranno spesi in Liguria?**

Solo dal 2010-2019 sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi, ridotti i posti letto, chiusi ospedali, non rinnovati posti di medico, di infermiere (5,6 ogni 1,000 abitanti contro i 12,6 della Germania) e di operatore di sanità pubblica; i servizi territoriali, cuore degli obiettivi della riforma sanitaria del 1978, sono stati letteralmente massacrati, ignorati, impoveriti nel personale, nella formazione, nei mezzi. La spesa sanitaria pubblica pro-capite dell'Italia è al di sotto della media OCSE, \$ 2.545 vs \$ 3.038 (⁴ OCSE, 2019). In questi anni abbiamo assistito ad un progressivo de-finanziamento del SSN (⁵ Rapporto GIMBE, 2019). Nel 2017 la spesa sanitaria era finanziata per il 74 % da fondi pubblici, le spese non rimborsabili a carico delle famiglie erano salite al 24 %, le restanti spese (2%) erano coperte da assicurazioni private. (⁶ EU Report, 2019). È opinione diffusa che l'errore principale commesso in questi mesi sia stata la scelta di privilegiare l'ospedale ai danni dei servizi sul territorio, conseguenza di mancati investimenti in personale, strumenti e anche in formazione. Non possiamo continuare a canalizzare gli investimenti per infrastrutture, apparecchiature, personale solo verso i servizi degli ospedali. Se così fosse, potrebbe far temere il peggio l'intervista al Commissario alla Protezione Civile (⁷ *Espresso*, 15-08-20) il quale dichiara di aver già potenziato in coordinamento con le Regioni i letti di terapia intensiva che sono passati da circa 5,000 a circa 11,000. I letti di terapia sub-intensiva (respirazione assistita) "attivabili" e previsti nel piano di emergenza sono diventati circa 15,700. Nel piano è previsto di approntare letti per pazienti infettati con sintomi di media gravità e per pazienti convalescenti in ogni regione. In Liguria dove e quanti saranno questi posti letto? Ricordiamo che durante l'emergenza i malati venivano trasportati sulla nave della compagnia GNV in porto. Cosa intende fare l'Assessorato nella Regione? Ad aprile ALISA ha annunciato l'assunzione con fondi straordinari di 567 operatori sanitari nella regione. Quali competenze possiedono questi operatori e dove sono stati collocati? Queste persone hanno avuto una estensione dei loro contratti? Gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle 5 ASL sono circa 600, tenuto conto dei compiti a cui saranno e dovranno essere chiamati i medici specialisti, infermieri e assistenti sanitari, dovrebbero essere circa il doppio, 1,000-1,200. In Italia, i medici di medicina generale

(MMG) sono sempre meno e sempre più anziani. Nel 2017, secondo EUROSTAT (⁸, statistica 2019) erano circa 54.000, pari a 89 per 100 mila residenti, di molto inferiori agli indici di Francia, Olanda, Belgio, Portogallo e altri paesi EU. Occorre rivedere il ruolo dei MMG e dei pediatri (PLS), le loro forme contrattuali con il SSN e accrescerne il numero e la preparazione in modo omogeneo sul territorio nazionale. Il Ministero della Salute ha indicato durante la Fase 2 dell'epidemia che il numero minimo di operatori sanitari presenti nel territorio e incaricati delle "Tre T", cioè sorveglianza, identificazione e testaggio dei casi, tracciamento dei contatti e isolamento e/o trattamento, debbono essere al minimo 1 per ogni 10,000 abitanti. In Liguria, dovremmo raggiungere almeno 150-160 operatori. In aprile ALISA ha organizzato 16 Gruppi Strutturati di Assistenza Territoriale (GSAT, ciascuno con 2-3 operatori) per la sorveglianza attiva e l'effettuazione dei tamponi diagnostici. Secondo il Ministero queste GSAT dovrebbero essere 1 ogni 50.000 abitanti, perciò occorrono in Liguria il doppio dei numeri di aprile. Infine il coordinamento tra questo personale e l'attività dei MMG, dell'assistenza domiciliare e del Dipartimento di Prevenzione va pianificato ed è la condizione indispensabile per l'efficacia della loro attività.

B) Investiamo nella prevenzione primaria e rafforziamo il distretto sanitario.

Anche in questo aspetto occorre invertire una tendenza anteriore al Covid-19. Il vuoto, la scarsità, l'abbandono, le riduzioni di personale e di mezzi sanitari nel territorio sono state portate drammaticamente alla luce e combattere una epidemia delle dimensioni del Covid-19 senza presidi medico-sanitari efficaci sul territorio, contando prevalentemente sull'assistenza ospedaliera, vuol dire perdere. *Il Decreto Balduzzi (legge 8 novembre 2012, n. 189) è rimasto largamente inapplicato sia nella forma che nella sostanza e le poche Case della Salute, il modello adottato per favorire una maggiore integrazione territoriale e il coinvolgimento delle comunità, sono presenti in modo del tutto disomogeneo nelle differenti regioni. "Oggi più che mai c'è bisogno di Distretto" (° G. Maciocco, 2020).*

- a) Il Distretto e non la ASL è prossimo agli abitanti dei quartieri e ai loro bisogni, in grado di tenere coordinate **le prestazioni propriamente sanitarie e quelle con maggior rilevanza sociale** dei comuni e dei municipi delle città maggiori. Il Distretto è la naturale forma operativa per le **prestazioni del Dipartimento della Prevenzione**, che include molteplici servizi: igiene pubblica, prevenzione, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, igiene degli alimenti, servizi veterinari. Perché il distretto è la sede naturale delle attività intersettoriali, luoghi di lavoro, uffici, scuole e il comune o il municipio, quindi l'organizzazione di base per il controllo territoriale dell'epidemia nei luoghi di lavoro e di vita, con particolare attenzione alle scuole, agli asili, agli uffici, all'industria, al commercio e distribuzione, alle RSA degli anziani. È indispensabile una sorveglianza capillare del rischio che consenta di rilevare e interrompere tempestivamente le reti di diffusione dell'infezione e l'applicazione di misure di distanziamento personale, uso dei dispositivi di protezione delle vie aeree, igiene delle mani e aerazione frequente di tutti i luoghi chiusi contro la diffusione per aerosol del virus.
 - b) Il Distretto è il livello minimo di organizzazione di una **sanità multidisciplinare** che coordina prestazioni di ambulatorio con quelle a domicilio, prestazioni dei MMG e PLS con i servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali (donne e gravidanza, salute mentale, disabili e anziani, ecc.). Tutto questo può avvenire nell'ambito della cosiddetta "Casa della Salute".
 - c) Il Distretto può assicurare l'istituzione delle **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, contenute nel *Decreto Balduzzi*, con la creazione di strutture fisiche adeguate alla contiguità anche spaziale di prestazioni multi-professionali, e alle necessità di accesso dei cittadini. La medicina di gruppo non è praticabile senza coordinamento, volontà politiche ma anche spazi fisici e architettonici.
 - d) Il Distretto è il livello organizzativo che solo può garantire il **passaggio effettivo al digitale** dei dati cartacei delle prestazioni effettuate, dei dati individuali della persona, e dei dati epidemiologici collettivi, integrando in un unico formato uniforme e compatibile le differenti fonti (cartelle, schede, sistemi/software). Il **sistema informativo attuale** non funziona efficacemente perché è più una babele di linguaggi che non si "parlano", piuttosto che un utile strumento per la tempestiva presa di decisione. In Liguria ne è la controprova l'assenza di schede per i tamponi digitalizzate e uniformi per i primi 4 mesi. L'informazione deve essere poi condivisa e diffusa tra la popolazione, altrimenti rimane uno strumento di esercizio di potere.
- In conclusione dobbiamo da un lato completare **la decentralizzazione, rifondare la medicina di base, riformare il distretto e dall'altro promuovere la centralizzazione delle decisioni epidemiologiche.**

Questa pandemia richiede alcuni ripensamenti generali del governo. Occorre un'epidemiologia centralizzata, coordinata a livello nazionale e non frammentata e disomogenea in 21 differenti Regioni e Province autonome. Occorrono una mappatura omogenea dei rischi di salute, un piano unitario di prevenzione a partire dal territorio che riguardi l'ambiente e le condizioni di lavoro nelle imprese e che rappresenti una risorsa solida e un riferimento unico di linee guida contro una seconda ondata di diffusione del COVID-19 nel prossimo autunno, o - quando sarà finita, prevedibilmente non a breve, questa epidemia - per prepararsi ad altre che potrebbero arrivare. Occorre soprattutto ripensare ad una sanità non solo **per** ma **con** i cittadini, attuando forme di partecipazione alle scelte e alle modalità per promuovere e tutelare **la salute di tutti**, operando per contrastare l'ingiustizia delle disuguaglianze esistenti.

C) **Smettiamo di pagare per la malattia, cominciamo a pagare per la salute.**

Varie ricerche hanno messo in evidenza che i Servizi Sanitari Nazionali (SSN), come quello italiano, universalisti e comprensivi, basati sulle cure primarie di salute o Assistenza Sanitaria di Base (ASB) hanno garantito la tutela e la promozione della salute meglio dei sistemi mutualistici/assicurativi e con una spesa minore. Ma in Italia, come in altri paesi del Nord Europa, i SSN universalisti sono sotto attacco da parte delle assicurazioni e della medicina privatistica e di logiche politiche errate. In Liguria, come in Lombardia, in questo modello di crescente de-finanziamento del SSN, remuneriamo i medici per il volume di prestazioni, premiamo gli amministratori che riescono ad aumentare l'efficienza di trattamento per tipo di malattia con costosi controlli di monitoraggio sugli operatori. *"Si usa attribuire l'inflazione dei costi sanitari a: invecchiamento della popolazione, progresso tecnologico, aumento delle aspettative dei cittadini. Invece, la causa più potente è la pressione dei produttori di tecnologie sanitarie (industria farmaceutica, dei dispositivi, della diagnostica) e degli erogatori di prestazioni (ospedali, ambulatori, professionisti), i cui interessi finanziari oggi non sono allineati alla salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa"* (¹⁰, A. Donzelli, 2019). Tutti gli attori della sanità dal livello politico dei decisori a quello degli operatori di base, concorrono alla crescita continua di questa **"domanda di mercato legata alla malattia"**, a volte coscientemente, altre volte incoscientemente. Già nel 2008 l'OMS aveva denunciato **"il consumismo sanitario"** nei paesi ricchi, stimando che il 20- 40% delle spese sanitarie siano costituite da sprechi e prestazioni non strettamente necessarie, (¹¹, OMS, 2008). Dobbiamo invertire la logica di un sistema che paga la malattia e sostituirlo con la logica opposta che è offrire una vita sana a tutti. L'aspettativa di vita degli italiani è tra le più alte d'Europa, ma oltre i 65 anni di età il 49% degli italiani riferisce di vivere con una o più malattie croniche, (⁶ EU, 2019). Inoltre in Liguria abbiamo un'età media sempre più avanzata (indice di vecchiaia = 260,7%, 80 punti in più di quello italiano che peraltro è il secondo al mondo dopo il Giappone) con una età media della popolazione di 49,1 (¹² Borzani, 2020). Una spia del **"consumismo"** sanitario italiano è data dallo straordinario consumo di antibiotici, che raggiunge il primato negativo in Europa (di *21,4 Defined Daily Dose giornaliere per 1,000 abitanti, 2018*), a fronte di una riduzione decennale di investimenti pubblici, innovazioni, ricerca. Le dosi eccessive per abitante sono accompagnate negli ultimi 10 anni dalla conseguente antibiotico resistenza degli italiani, anch'essa superiore alla media europea. (¹³, AIFA, 2018). Riflettiamo, la **diagnosi precoce** (anche detta **"prevenzione secondaria"**) non è prevenzione. Oltre gli esami di screening precoce necessari, ve ne sono molti discutibili, come i check-up indiscriminati, che sono solo remunerativi per un sistema di erogazioni di atti sanitari inutili. La giusta enfasi sulle Linee Guida (LG), sulla medicina **"evidence based"**, sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non deve sostituire nella coscienza e nella pratica dei singoli professionisti e degli amministratori l'attenzione ai bisogni concreti della popolazione. **La prevenzione** davvero determinante è quella **"primaria"**: consiste nelle azioni sanitarie, sociali ed economiche tese a eliminare e/o diminuire le cause delle malattie e i rischi di malattia legati a tutte le condizioni e i fattori che minacciano la salute. Assistiamo ad un disaccoppiamento tra gli obiettivi di fondo della tutela della salute dei cittadini e le azioni sanitarie e le prestazioni in eccesso che vengono praticate. La tutela della salute consiste nel coinvolgere in forma proattiva la popolazione nella identificazione dei propri bisogni e dei propri rischi. Ricordiamo che il 24% di tutte le patologie sono direttamente riconducibili a fattori ambientali (¹⁴, OMS, 2016) e che le disuguaglianze sociali ed economiche si riflettono in differenti attese di vita e salute. Vogliamo che il medico non sia chiamato soltanto a tenere sotto controllo la malattia. Intendiamo proporre e avviare un progetto di **Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA)**: sentinelle di guardia all'ambiente e alla salute dei loro assistiti. In particolare il Medico di Famiglia, in collaborazione con i servizi epidemiologici delle ASL, sarà il terminale

periferico in grado di monitorare e rilevare problemi ambientali e problemi alla salute correlati (¹⁵, Lauriola, 2019). Ambiente e salute sono un **binomio inscindibile e non soltanto per le problematiche relative al COVID-19. La Casa della Salute**: dovrà essere un vero Centro sanitario al servizio del cittadino dove si farà anche Prevenzione, e non soltanto un mero poliambulatorio come è attualmente, **segundo il principio di continuità assistenziale che, per essere realizzato, ha bisogno dell'integrazione tra ospedale e territorio. Rifiutiamo una politica che metta in antitesi questi due momenti** diversi di assistenza che si rivolgono a problemi di salute differenti. In sintesi il baricentro delle attività deve spostarsi verso + TERRITORIO e – OSPEDALE. L'ospedale resta la sede privilegiata della tecnologia biomedica per la cura delle malattie gravi e in fase acuta, della chirurgia dei tumori, delle diagnosi e dei piani terapeutici complessi. Ma anche qui occorre riorganizzare. Gli ospedali devono essere collegati **in rete** non solo dal punto di vista informatico ma organizzativo-assistenziale. Tuttavia, dato che la maggior parte delle patologie di oggi sono croniche, dal diabete alle malattie respiratorie, dalle neoplasie alle forme cardiocircolatorie, esse non possono che essere **seguite prevalentemente** in ambulatorio e a domicilio del paziente: assistenza domiciliare e ospedalizzazione domiciliare, in particolare per le fasce più delicate di popolazione come anziani e bambini e non più riservata soltanto ai malati arrivati alla fine-vita. Serve una riorganizzazione delle reti logistiche per avvicinare i servizi alle persone, promuovendo la medicina di prossimità, come abbiamo detto a proposito del Distretto sanitario. Siamo confortati dall'editoriale di Lancet (¹⁶, Watkins, 2018): *"l'80-90% dei bisogni sanitari della popolazione - nel corso di tutta la vita - possono essere soddisfatti all'interno della rete delle cure primarie, dall'assistenza alla gravidanza alla prevenzione delle malattie tramite le vaccinazioni, alla gestione delle malattie croniche, alle cure palliative contro il cancro"*. **Chiediamo il rafforzamento del Distretto sanitario per realizzare l'integrazione socio-assistenziale e chiediamo di rifondare l'Assistenza Sanitaria di Base (ASB)**, perché sia aderente al contesto in cui opera e alle sue caratteristiche geografiche, sociali, economiche e culturali, in grado di orientare la distribuzione delle risorse sulla base dell'analisi dei bisogni e capace di mantenere la propria autonomia organizzativa. La Regione Liguria potrebbe in quest'ottica avviare una sperimentazione per verificare la fattibilità e i vantaggi di questo approccio, individuando un'ASL pilota in cui realizzare questo progetto.

Firmato da: Pier Claudio Brasesco, Claudio Calabresi, Claudio Culotta, Martina Durigon, Marco Fallabrini, Antonio Manti, Paolo Montarsolo, Bruno Piotti, Gianfranco Porcile, Enzo Tortello, Federico Valerio.

Riferimenti

¹ ISS, aggiornamento dati sorveglianza integrata, 11-08-2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>

² ISTAT-ISS Rapporto sulla mortalità, 04-05-20 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>

³ Fondazione GIMBE, Rapporto sui tamponi eseguiti in Italia, Quotidiano Sanità, 7 maggio 2020

⁴ OCSE-OECD, Rapporto sulla Salute, 2019

⁵ Rapporto Osservatorio GIMBE n.7/2019, www.gimbe.org/definanziamento-SSN

⁶ European Commission, State of Health in the EU, Italia Profilo della Sanità 2019

⁷ Fabrizio Gatti, Trincea d'autunno, intervista, Espresso, n. 34, 15 agosto 2020

⁸ Eurostat, dati raccolti sino a Novembre 2019, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>

⁹ Gavino Maciocco, Salute Internazionale, 22-07-20, ricordando gli obblighi di attuazione, inadempiti, della Legge Bindi 299/1999.

¹⁰ Alberto Donzelli, Fondazione Allineare Sanità e Salute, Capitolo 14, Un nuovo modo per fare salute, Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute, 2019.

¹¹ WHO, the World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More than Ever, Geneva, 2008.

¹² Luca Borzani, Carta Bianca, su La Repubblica del 05-09-2020.

¹³ AIFA, Secondo Rapporto sui farmaci, 2018, disponibile sul sito del Ministero della Salute italiano.

¹⁴ A Prüss-Ustün et al, Preventing disease through healthy environments/WHO Catalogue, ISBN 9789241565196, 2016.

¹⁵ Lauriola P. et al. (2019) I medici sentinella per l'ambiente come strumento locale per far fronte ai problemi ambientali globali: considerazioni e proposte. *Epid & Prev. anno 43 (2-3) p. 129-130*, marzo-giugno 2019.

¹⁶ David A. Watkins et al., Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health, Lancet 2018; 392: 1434-60.