

## **LA SANITÀ DOPO LA PANDEMIA. PROPOSTE PER IL SERVIZIO SANITARIO IN LOMBARDIA E NON SOLO.**

Le liste civiche e le associazioni della Lombardia aderenti ad “Alleanza Civica” con questo documento propongono un radicale cambio di approccio della politica sanitaria, basato sulla centralità della medicina di territorio. (5 maggio 2020)

Covid19 ha evidenziato il carattere glocal dei tempi in cui viviamo, chiarendo come per combattere il virus si debba agire sia a livello globale, sia a quello locale.

Sul piano globale la sfida riguarda soprattutto la collaborazione nella ricerca sia del vaccini, sia di farmaci in grado di curare i danni provocati dal virus che interessano diversi organi e non solo quelli al polmone, in modo che possano essere messi a disposizione dell'intera umanità. Al contempo è evidente la necessità di sostenere i diversi sistemi sanitari mondiali, a diversi gradi, risultati impreparati, ad affrontare l'inedita sfida.

L'Unione Europea, nello specifico, ha messo a disposizione degli Stati membri ingenti risorse vincolandole al sostegno e al potenziamento dei singoli sistemi sanitari. All'Italia, ad esempio, spetterebbero circa 35 miliardi di euro, attraverso il finanziamento del Fondo europeo di stabilità.

Sul piano locale, si tratta di una fonte di finanziamento a cui è assolutamente necessario aderire, anche contrattando la dilazione dei tempi di restituzione, se, da un lato, si vogliono modernizzare le strutture sanitarie soprattutto del Mezzogiorno e, dall'altro, porre mano alla debolezza della medicina territoriale, che tranne pochissime eccezioni, riguarda l'intero sistema, come evidenziato da Covid19.

In Lombardia, sicuramente i ritardi e le scelte errate sono innanzitutto riconducibili alla mancanza di un piano strategico emergenziale per la gestione di eventi pandemici, così come mancano gli aggiornamenti sui piani per altre emergenze come un attacco terroristico, sismico ecc.

Quella mancanza ha comportato che il virus in Lombardia sia circolato molto prima che emergesse il paziente zero a Codogno, a cui è seguita la mancata, tempestiva attuazione della chiusura e della sanificazione dell'ospedale di Alzano e dell'isolamento dei Comuni della zona di Alzano e Nembro.

La critica ormai ampiamente condivisa è che il contrasto al coronavirus Covid 19 sia stato condotto in Lombardia principalmente a livello ospedaliero e molto poco sul territorio, dovuta alla debolezza delle strutture di medicina territoriale.

E non poteva che essere così dato che questa priorità era sparita negli ultimi anni di governo leghista dai radar della Regione Lombardia

Caratteristica di questa debolezza è sempre stata la scarsità se non nell'assenza di strutture intermedie a bassa densità tecnologica aperte 7 giorni su 7 per 24 H, sia l'inadeguatezza e lo scarso numero di Guardie mediche che in tempi normali dovrebbero fare da filtro anche

rispetto agli accessi ai Pronto Soccorso, così come l'assenza di una rete di Case della Salute (strutture che erogano anche servizi specialistici e in alcune realtà regionali si occupano di cura e assistenza dei malati cronici o portatori di handicap). Ovvero strutture dove si sperimenta o si dovrebbe sperimentare un'effettiva sinergia comunitaria tra la gestione dei diversi momenti della cura con quelli legati alla sofferenza socio-economica delle persone.

Ma indebolire ulteriormente la medicina del territorio ha ampiamente concorso l'incoerente politica della Regione nei confronti delle insufficienze della rete dei Medici di Medicina Generale (MMG) che ha subito il colpo finale con la Legge 23-2015, riguardante il Pediatra di Libera Scelta (PLS)

E' sicuramente vero che una quota importante di essi, anche per l'età media spesso avanzata e la scarsa propensione a innovare e aggiornarsi, ha preferito schierarsi a difesa del rapporto singolo fiduciario medico-paziente e sono in parte stati restii a lavorare in strutture condivise in cooperazione tra di loro, che li ha portati spesso a limitarsi al ruolo di estensori di ricette.

Si tratta quindi di favorire la costituzione di una nuova leva di giovani medici nella medicina generale, senza scontrarsi con i Medici di medicina generali oggi sul campo che, pur con i limiti suddetti, sono al momento quel che resta della medicina territoriale. E' possibile pensare, ad esempio, all'introduzione di un doppio binario contrattuale in maniera da arrivare progressivamente all'adozione di un nuovo regime.

In ospedale, infatti, i giovani specializzandi e neoassunti percepiscono meno, hanno meno coperture assicurative, ma l'essere in ospedale dà status e, soprattutto, prospettive di carriera.

Per questo è decisivo rendere appetibile non tanto economicamente il ruolo di MMG per i giovani e, forse, potrebbe essere rivoluzionario rendere obbligatorio prima dell'ospedale alcuni anni di tirocinio in questo ambito, sperimentando sia lavoro in team, sia servizi di telemedicina.

Un sistema che garantisca continuità ai servizi e copertura dei servizi territoriali, è stimato necessitare circa 5 mila medici e dirigenti biologi, farmacisti, psicologi. Il costo globale di questa integrazione di organico si aggira su circa 5 miliardi di euro per 5 anni di riferimento, il tempo minimo per lo sviluppo di un piano strategico. Una ragione in più per dire sì al finanziamento del MES.

Nel rilancio della medicina territoriale i Comuni dovranno tornare ad avere un ruolo più attivo e non semplicemente consultivo. Tenendo conto che prima dell'introduzione della riforma sanitaria del 1976 la sanità faceva molta più prevenzione sul territorio di ora (con medico scolastico, dispensari e presidi territoriali mutualistici), oltre ad avere due riferimenti importanti alla base della governance della sanità: il primato decisionale del medico e un ruolo decisivo dei Comuni nella prevenzione. Va, infatti, ricordato che ancor oggi il Sindaco è il primo responsabile della salute pubblica nel suo Comune.

Questi due riferimenti vanno integralmente recuperati nella nuova organizzazione della sanità, anche se oggi si deve parlare non più solo di centralità della figura medica, ma del medico e del suo team (operatori sanitari e tecnici).

I Sindaci, anche consorziandosi, rivendichino l'utilizzo di una quota dei giovani medici che sono o stanno per essere assunti da impiegare nella medicina scolastica e nell'assistenza domiciliare integrata, soprattutto finalizzata a mantenere il più possibile le persone anziane nel loro tradizionale ambito domestico.

L'attuale difficile situazione della Lombardia viene da molti attribuita anche all'eccessiva presenza della sanità privata convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale.

La sanità privata lombarda per competenze, strutture e numero di addetti rappresenta ormai un asset importante per la salute non solo dei residenti.

Oggi, la sanità privata soprattutto al Nord non è più solo e principalmente attività di esami di laboratorio e di diagnostica, ma è costituita da poli di eccellenza che sono riconosciuti a livello internazionale non solo per le terapie prestate ma anche per la ricerca. Parlando di Lombardia basta indicare il San Raffaele, l'Humanitas, il Monzino e lo IEO.

Dato che il privato copre sempre i terreni che il pubblico lascia scoperto in tutti i settori c'è probabilmente da prevedere che a breve avremo un deciso incremento degli investimenti privati in una nuova medicina territoriale.

Porre il tema della sanità in Italia come riscoperta di un ruolo del pubblico contro il privato non solo sarebbe inutile e fuorviante, ma rischierebbe di ottenere il risultato paradossale di favorire una situazione all'americana dove se vuoi cure di avanguardia devi andare nel privato coperto dalle assicurazioni. Essendo i bilanci della sanità privata in larga misura la conseguenza dei rimborsi derivanti dalle convenzioni con il Sistema sanitario pubblico, quest'ultimo ha nelle sue mani un grande potere di contrattazione per programmare un servizio pubblico unitario

La riorganizzazione dei servizi ospedalieri a seguito di Covid19, non solo in Lombardia, ma in tutta Italia, è avvenuta semplificando di fatto le procedure burocratiche che regolano la gestione delle pubbliche amministrazioni. Questo rimanda alla semplificazione dei processi decisionali, non più eludibile per chi ritiene centrale ed essenziale il ruolo programmatico e regolatorio del pubblico in ambito sanitario.

Sarebbe, al riguardo, utile non dimenticarsene quando si dice che tutto non sarà più come prima.

Il prof. Sirchia quando fu ministro della Salute, cercò di proporre di sperimentare in Lombardia il superamento del diritto amministrativo con l'istituzione di alcune fondazioni che avrebbero dovuto essere di diritto privato, pur restando sotto il controllo pubblico, ma l'opposizione sindacale costrinse a farle diventare di diritto pubblico, vanificandone la portata innovativa e quello che forse poteva essere un tentativo di meglio governare il rapporto pubblico privato.

Se questa è la situazione si può capire che una ricentralizzazione romana della sanità non solo riproporrebbe tutti i limiti che le gestioni statali in Italia hanno - si pensi solo alla gestione nazionale dei concorsi e cosa significherebbe nella direzione degli ospedali e delle AST - ma non saprebbe nemmeno garantire al meglio i due temi centrali e cioè: sviluppo di un rapporto coordinato tra pubblico e privato e rilancio del ruolo preventivo della medicina sul territorio.

Il coronavirus ha certificato, ove ce ne fosse stato bisogno, la inadeguatezza conclamata della struttura istituzionale Stato-Regioni, dove lo scontro fra opposti centralismi ha prodotto una confusione decisionale che, accanto acclarata incompetenza di troppi personaggi apicali della politica e della Amministrazione, ha aggravato ulteriormente il bilancio dell'epidemia. La necessaria rifondazione del sistema sanitario e di quello del welfare in una logica di centralità della medicina di territorio può essere la principale funzione intorno alla quale riorganizzare concretamente il sistema sanitario a partire dalle linee di mobilità e di logistica produttiva, che finiscono per coincidere con quelle della tutela della salute, come la diffusione del virus ha dimostrato senza ombra di dubbio

E' necessaria quindi una riorganizzazione fondata su macroregioni in base alle funzioni e non più sui confini regionali. Senza attendere l'auspicabile riforma istituzionale, sarebbe importante, ad esempio, che il modello di gestione del Covid19 sul territorio adottato dalla Regione Veneto, venisse fatto proprio dalle altre Regioni del Nord, Lombardia in testa. Così come le sperimentazioni dell'infusione di anticorpi attraverso il plasma in corso a al S. Matteo di Pavia e al Poma di Mantova e con un diverso approccio a Bergamo tra l'ospedale Giovanni XXIII e l'Istituto Mario Negri divenissero base di una collaborazione sistemica sovra regionale.

Sarebbe la migliore smentita per i presunti "politici pragmatici" che ad ogni piè spinto ricordano come "con le riforme istituzionali non si mangia": soprattutto di questi tempi, non si troverebbe nessun cittadino insensibile alla necessità di un sistema sanitario che funzioni, né tantomeno alcuno disattento al concreto realizzarsi di ogni progetto in questa materia.

Da ultimi ma non meno importanti per un effettivo cambiamento sono la prevenzione, la ricerca e la formazione dei medici, del personale sanitario e delle figure professionali necessarie ad assicurare l'integrazione sul territorio di assistenza e cura. Ruoli necessari per una medicina sempre più centrata sulla cura della persona e non solo della malattia lavorando all'integrazione delle specializzazioni e che andranno innanzi tutto dignitosamente remunerate, avendo come riferimento il contesto europeo.

Per questo sono da prevedere immediatamente lo stanziamento di fondi per un congruo aumento salariale per le figure sanitarie ospedaliere che hanno visto rinnovato nel 2019 un contratto con misere cifre dopo 11 anni.

La prevenzione riguarda non solo la sanità ma, soprattutto, la scuola. Educare a corretti stili di vita lo si dovrebbe fare fin dalle scuole materne ed elementari. Anche in questo caso un ruolo attivo dovrebbe essere svolto dai Comuni.

Tutti, inoltre, sostengono che la ricerca sia l'asset strategico del futuro. L'Italia però investe poco più dell'1% del PIL e distribuisce i fondi a disposizione senza avere criteri guida e priorità. La Germania, ad esempio, investe oltre il 3% del PIL e una volta fissate dalla politica i fondi a disposizione e le priorità da parte del governo, si affida a un'agenzia indipendente l'esame e la scelta dei progetti da finanziare presentati dal mondo della ricerca pubblica e privata.

Infine, salvo rare eccezioni, va detto che la scuola di medicina è ancora di tipo teorico. Sono rare le occasioni e le possibilità per gli studenti di accedere ai laboratori, di conoscere le apparecchiature che si utilizzano a scopo diagnostico, di lavorare con le proprie mani. Lo

stesso vale per l'attività clinica. Ci si può laureare senza aver visto un numero adeguato di ammalati. La tesi di laurea è raramente un'occasione per familiarizzare con la ricerca essendo, spesso, una pura descrizione di quanto altri hanno già fatto o scritto. La parte pratica dovrebbe includere anche il sapere che l'ammalato non ha solo sintomi psichici o fisici, ma conta la visione d'insieme della sua vita personale e sociale e proprio per questo ha bisogno di consigli, di comprensione, di speranza. L'evidenza scientifica è significativa e indispensabile, ma deve essere accompagnata da empatia, cosa che richiede maggiore coinvolgimento.