



**ACLI
MILANESI**
LE ACLI DI MILANO
MONZA E BRIANZA



Associazioni
Cristiane
Lavoratori
Italiani
LOMBARDIA APS

LE POLITICHE SANITARIE ALLA PROVA DELLA PANDEMIA

Sommario

1. Senza storia non c'è futuro – Il sistema Sanitario Nazionale	4
2. Il Sistema sanitario della Regione Lombardia e L.r. n. 23/2015 la cd. Riforma Maroni	5
3. Criticità e proposte	7
<i>a. La salute una questione pubblica</i>	
<i>b. Medici di Medicina Generale</i>	
<i>c. Prevenzione</i>	
<i>d. Modello ospedalocentrico</i>	
<i>e. Rapporto pubblico/privato</i>	
<i>f. Ripristinare la piena funzionalità dei distretti</i>	
<i>g. Un errore di politica sanitaria la gestione delle RSA – Residenze Sanitarie per Anziani</i>	

1. Senza storia non c'è futuro: il Sistema Sanitario Nazionale

Porta la firma di una donna, Tina Anselmi, ex staffetta partigiana (una delle prime fra le poche a diventare ministro della sanità in quegli anni), la **Legge 13.12.1978 n. 833** che istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale** con l'introduzione di un sistema universalistico superando il sistema mutualistico che portava alla mancata copertura sanitaria di alcuni strati della popolazione italiana. Si giungeva così a una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi fortemente innovativi per i quali la salute è stata intesa non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità. Il principio fondamentale riguarda la **generalità dei destinatari**: tutti i cittadini indistintamente da quel momento avrebbero avuto diritto ad accedere alle stesse cure. Si introduce inoltre il concetto di globalità delle prestazioni sanitarie costituite da **prevenzione, cura e riabilitazione** e si pone come fondamento l'**uguaglianza** di trattamento con la garanzia di un'**equità d'accesso**.

La legge riconosceva così il **diritto alla salute** come diritto universale e dava compimento all'**art.32** della **Costituzione** che recita testualmente *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”* che nell'accezione del diritto sociale prevede la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Negli anni 90 iniziò il dibattito sulla sostenibilità economica del servizio sanitario e su quali correttivi finanziari apportare. In quegli anni si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN. Con i **decreti di riordino del 1992-1993 e del 1999 (riforma Bindi)**, si rafforza il potere delle Regioni e le Unità Sanitarie Locali (USL) diventano Aziende Sanitarie Locali con autonomia organizzativa (ASL). Inizia un processo di progressiva aziendalizzazione della sanità che porterà ad una gestione manageriale del comparto con un interesse sempre crescente verso gli aspetti economici (o meglio finanziari) a scapito dei concetti generali di salute pubblica.

In questi anni viene introdotto il sistema del rimborso a prestazione per tutte le strutture sanitarie ovvero il pagamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale ad ogni ospedale avviene sulla base della tipologia e del numero delle prestazioni erogate e non sulla base dei costi sostenuti. Tutto ciò porterà a delle crescenti disparità a livello regionale perché non tutti i territori saranno preparati ad accogliere questa nuova modalità e, ancor più, aumenterà la disparità tra le regioni che hanno una diversa presenza di strutture sanitarie sul territorio.

La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la Legge costituzionale n. 3 del **18 ottobre 2001** – affida la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Con questa riforma verrà sancito il quadro normativo ancora vigente di legislazione cosiddetta concorrente tra Stato e Regioni: lo **Stato** definisce i principi nazionali, le linee guida della sanità, ma tutto il resto viene delegato (es.: organizzazione del

territorio, ticket a carico degli utenti, Irpef aggiuntiva per coprire i deficit sanitari regionali) alle singole **Regioni**.

Dal 2001 e nella successive ridefinizioni, lo Stato, d'intesa con le Regioni, indica i **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza), ovvero le prestazioni minime e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini - gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket) - che devono essere assicurati da tutte le regioni.

Inoltre lo Stato indica i **Piani Sanitari Nazionali** poi **Patti per la Salute** ovvero i principali strumenti di programmazione sanitaria attraverso cui determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese.

Il governo centrale quindi indicherà il quadro delle prestazioni fondamentali da garantire fornendo i relativi contributi economici. All'interno di questi contributi alcune Regioni riusciranno a fornire tutte le prestazioni richieste ed anzi ad assicurarne in misura maggiore, ad esempio aumentando gli interventi di prevenzione (medicina scolastica, servizi specifici in area materno-infantile, disagio psichico). Altre Regioni si troveranno in difficoltà e le disparità continueranno ad aumentare.

L'**art. 117** della **Costituzione** stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato. Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un **federalismo sanitario atipico e artificioso**.

In altre parole la riforma del Titolo V che – delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari – puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, **un differente sistema sanitario per ogni Regione** dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce "universalità ed equità di accesso a tutte le persone" e alla L. 833/78 che conferma la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini", i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il SSN.

Infatti, le inaccettabili **diseguaglianze regionali** e locali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini e la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale rappresentano oggi un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del SSN è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la **centralità della persona**, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la **valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari** e l'**integrazione socio-sanitaria** presentano innumerevoli criticità.

A tutta questa situazione si aggiungono significativi **tagli all'impegni di spesa sanitari** pari a **37 miliardi** di euro negli ultimi dieci anni ⁽¹⁾. Il dato dei posti letto risulta significativo: nel 1981 avevamo 530 mila **posti letto** oggi sono **meno di 215 mila**.

2. Sistema sanitario della Regione Lombardia e L.r. n. 23/2015 la cd. Riforma Maroni

La Regione Lombardia si è distinta nel panorama nazionale, già a partire dagli ultimi anni 90 del secolo scorso, per aver sviluppato un modello peculiare, caratterizzato da due caposaldi:

- **libertà per il cittadino di scegliere** l'erogatore e per gli erogatori di intraprendere le attività;
- **netta separazione tra funzione di Programmazione/Acquisto/Controllo**, affidata alle **ASL**, e **funzione di produzione di servizi, affidata agli erogatori accreditati** pubblici (**Aziende Ospedaliere – AO**) e privati, paritetici e in competizione.

Sicuramente il modello lombardo, unico nel Paese, di separazione tra ente di acquisto e regolazione delle prestazioni sanitarie (oggi ATS - Agenzia Tutela Salute) e aziende erogatrici pubbliche e private, messe su un piano di competizione paritario ha sicuramente influito nell'approccio critico alla pandemia. In tutte le altre regioni le Ausl hanno un governo unitario del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie di base e specialistiche che si è rivelato molto più efficace ed efficiente nel governo della pandemia.

Sulla base di tale impostazione in Lombardia, di fatto si è **consolidato un sistema centrato sull'ospedale**, con erogatori sia privati, che hanno scelto le materie in cui operare, in progressivo miglioramento, soprattutto agli occhi del cittadino, sia Aziende Ospedaliere pubbliche che, a fronte di una tradizione anche secolare di buona amministrazione e di una eccellente e riconosciuta qualificazione scientifica, hanno migliorato sì i loro standard, ma più lentamente.

Nel 2015 la Regione Lombardia, riconosce la necessita di un coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale con l'obiettivo di rispondere in modo unitario e integrato alla crescente domanda di salute, sempre più complessa, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

L'integrazione sociosanitaria è motivata, oltre alla ormai indubbia maggior efficacia delle cure quando sono legate ad interventi non clinici, anche (e in gran parte) da esigenze di **razionalizzazione delle risorse**.

Ne consegue l'emanazione nell'agosto 2015, della legge di riordino denominata "**Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo**" con l'obiettivo di passare "dal curare al prendersi cura" e "dalle prestazioni alla presa in carico".

La **L.R. 23/2015 cd. Riforma Maroni**, aveva l'ambizione di ridare slancio ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, in un'integrazione che partiva dalla creazione di una nuova azienda territoriale, la ASST, Azienda Socio Sanitaria Territoriale che riunisce in sé sia i servizi ospedalieri sia quelli territoriali.

La riforma ha dismesso le (15) ASL (Aziende Sanitarie Locali) e ha creato (8) ATS (Agenzie di Tutela della Salute) distribuite su tutto il territorio Lombardo. Le 8 Agenzie di Tutela della Salute, ciascuna competente su un'area vasta di circa un milione di abitanti, "attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA", mediante l'acquisizione dalle ex ASL delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo.

Le ATS sono suddivise in (30) ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) che sostituiscono le vecchie Aziende Ospedaliere – AO. Le 30 Aziende Socio Sanitarie Territoriali, con un bacino di circa 400.000 abitanti ciascuna coincidente con un distretto di nuova identificazione "concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA nella logica della presa in carico della persona". Le divisioni delle ASST sono state effettuate con criteri a nostro avviso poco comprensibili e poco razionali, causando forti squilibri fra un territorio e l'altro.

La trasformazione delle ASL in ATS/ASST non è stata organica cosicché alcuni compiti e ruoli delle ASL non è chiaro a chi sono stati trasferiti. Questo è uno dei motivi per cui certe attività e competenze, quali quelle di approvvigionamenti dei DPI, durante la pandemia non erano in capo ad una specifica responsabilità.

Purtroppo, a quasi cinque anni dall'approvazione di quella legge, ci tocca constatare che non solo quella auspicata integrazione e sinergia tra i due livelli - ospedale e territorio - non c'è stata, ma si è assistito in molte aree della Regione a significativi arretramenti dei servizi territoriali pubblici.

Infatti, a fronte dei principi enunciati circa la necessità di spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio, la riforma non ha definito gli strumenti di governo "periferici".

I distretti perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi.

Accanto alla evidente **crisi dei Medici di Medicina Generale** (MMG, i medici di Famiglia) e del settore **infermieristico** si assiste ad un arretramento dei **servizi pubblici per le tossicodipendenze**, dei **Consultori** e alle gravi difficoltà della **psichiatria** oltre all'assenza di una rete reale per il decadimento senile e di un investimento concreto sulle politiche di **prevenzione**; **la collaborazione con i Comuni e la valorizzazione delle comunità locali appare marginalizzata**; risulta fortemente penalizzato il **ruolo del Terzo Settore** come interlocutore delle politiche regionali.

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 defanziato (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** ⁽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 ⁽⁴⁾.

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 i 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 ⁽⁵⁾.

- **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 ⁽⁶⁾.

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 covidpositivi 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, correavano 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 ultrasessantacinquenne 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, 14 maggio 2020.

NOTE

⁽¹⁾ La Fondazione GIMBE nel rapporto del 7/19 spiega come dal 2010 al 2019 vi sia stato un **de-finanziamento della spesa sanitaria pari a 37 MILIARDI** (a fronte di aumentati bisogni dovuti all'invecchiamento della popolazione e al tasso di inflazione).

⁽²⁾ 19,6 milioni di italiani costretti a spesa privata per sanità (il 50% categorie fragili); per famiglia spesa 1522 euro, pro-capite 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 densiometria 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 3428 dollari per persona, contro i 3980 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⁾ I posti letto per terapia intensiva sono quelli indispensabili per assicurare tutte le cure possibili, e dalla disponibilità dei quali dipende la sopravvivenza di molti pazienti. Di seguito la situazione di alcune Regioni **prima** del Covid19:

Friuli Venezia Giulia	1.215.406 abitanti	494 posti letto T.I. = 1 pl/T.I. ogni	2.459	persone
Emilia-Romagna	4.453.000 abitanti	449 posti letto T.I. = 1pl/T.I. ogni	9.917	persone
Toscana	3.737.000 abitanti	374 posti letto T.I. = 1pl/T.I. ogni	9.992	persone
Lazio	5.801.000 abitanti	571 posti letto T.I. = 1pl/T.I. ogni	10.160	persone
Lombardia	10.400.000 abitanti	861 posti letto T.I. = 1pl/T.I. ogni	12.079	persone
Piemonte	4.356.406 abitanti	327 posti letto T.I. = 1pl/T.I. ogni	13.322	persone

N.B.: per numeri pl/T.I. pre-esistenti corona virus: sito www.corriere.it, *Corsera 16/3/20*.

⁽⁵⁾ Posti letto nelle strutture private n. 7586, pari al 21,1%: finanziamento regione Lombardia: 7 miliardi circa. Posti letto nelle strutture pubbliche n. 28384, 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). In Veneto i PL del pubblico sono il 91,4%. (13). 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).

⁽⁶⁾ L'Istituto Superiore di Sanità ha reso pubblico il terzo rapporto sul contagio da Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie in Italia. I dati si riferiscono a un campione di 1.082 strutture, il 33% di quelle contattate (3.420). Ebbene, l'Iss ha scoperto che dal primo febbraio al 14 aprile 2020 in queste strutture ci sono stati in tutto 6.773 decessi tra i residenti. E nel 40,2% dei casi (2.724 su 6.773), ecco il dato terribile, le morti sono avvenute con infezioni da Covid o con manifestazioni simil-influenzali: più di 1.600 solo in Lombardia (su 3.045 decessi totali), circa 300 (su 520) in Emilia-Romagna.