

Riempire la **TERRA** **DI NESSUNO**

Tocca rivedere una aziendalizzazione che è venuta meno a identità e funzione. Le risorse non trascurabili destinate alla sanità sono l'occasione per pensare una nuova governance basata su scelte coraggiose

di EMILIA DE BIASI

Si dice che una crisi sia anche un'opportunità di cambiamento. E una pandemia? Che non fossimo pronti è stato evidente, che ce la stiamo cavando con qualche fatica di troppo è un fatto, ma non è ancora chiaro dove andremo a parare quando guarderemo il paesaggio dopo la battaglia. La pandemia ci consente di fare un bilancio su come ha risposto il Servizio sanitario nazionale: è dai limiti che ha mostrato che possiamo infatti ripartire per il futuro. Partiamo dal fondo: se

prenderemo, e lo spero, le risorse del Mes, si porrà il problema di come spendere quei 36 miliardi di euro tutti destinati alla sanità. Non potrà essere una spesa corrente, poiché sono finanziamenti in conto capitale. Saranno suddivisi fra le

Regioni? Non si sa, ma è abbastanza evidente che non si potrà procedere con la solita ripartizione. Quale sarà il rapporto fra lo Stato e le Regioni? Quello disegnato dal Titolo V ha dimostrato tutti i suoi limiti nei giorni della pandemia, nella scelta

del Governo di non procedere all'applicazione dell'art. 120 che prevede che in caso di epidemia i poteri delle Regioni in ambito sanitario vengano avocati dallo Stato medesimo. I risultati sono visibili: ogni Regione è andata per conto suo, con

mille polemiche all'interno di alcune di esse, la Lombardia su tutte, nella quale per le morti nelle Rsa sta indagando la magistratura, o per le analisi sierologiche che in quella Regione si possono effettuare in forma privata, con buona pace della rilevazione epidemiologica.

Non so se si cambierà il Titolo V, ma sarà obbligatorio rivedere le modalità di lavoro fra Stato e Regioni, e conseguentemente mettere mano a una aziendalizzazione che nel tempo ha visto venire meno identità e funzione, suddivisa in Regioni non comunicanti fra loro e con uno Stato ansioso di norme ma non di monitoraggio. Un'aziendalizzazione che ha retto il peso della crisi del 2008 e dei piani di rientro. Paghiamo i ritardi nell'innovazione tecnologica, nella Hta dei dispositivi medici e della digitalizzazione amministrativa, con la difficoltà a rendere operativa l'interoperabilità fra siste-

mi, nella refrattarietà al lavoro sui dati, che sono ricchezza nell'epidemiologia, condivisione con la comunità scientifica nella ricerca, collegamento primario fra ospedale e medico di Medicina generale. Sburocratizzare, semplificare i processi, aumentare la formazione a mio avviso sono concetti chiave.

E tutto ciò è necessario anche per il problema della responsabilità professionale e della sicurezza della dirigenza aziendale, argomento di stringente attualità e oggetto di una polemica destinata a continuare sulle differenze fra la responsabilità medica e quella aziendale e sulla definizione di "colpa grave": forse la legge Gelli andrà reinterpretata alla luce dell'emergenza Covid, ma resta comunque il tema delle professioni che ruotano attorno alle Aziende, e sono propeedeutiche al lavoro degli operatori sanitari, un

middle management che rischia di essere una terra di nessuna quanto a protezione.

La pandemia ha messo in luce l'importanza della sanità territoriale, mortificata negli anni

da una prevalenza delle Aziende ospedaliere, non sempre in grado di creare sinergie e lavoro in rete. L'ospedale non è tutto, lo sappiamo, ma è molto, per le acuzie, e per gli ambiti specialistici, penso all'oncologia innanzitutto. Ma non è pensabile un sistema sanitario che viva senza una dimensione territoriale per diversi motivi: l'aumento delle cronicità obbliga cure e monitoraggi nel territorio, per ragioni di prossimità al paziente, ma anche per non sprecare risorse economiche ed umane che vanno suddivise però fra ospedali e territorio: il tema dell'identità dei medici di Medicina Generale è entrato prepotentemente nel dibattito pubblico, purtroppo anche per il numero

24 milioni
di persone
pari al **40%**
della popolazione
in Italia, sono colpite
da almeno
una malattia

50% cronica il
di questi è affetti
da multi-cronicità

Queste patologie
assorbono circa
l'**80%** dei costi
sanitari complessivi.

In Italia si
impiegano **66,7**
miliardi
per la cronicità.

25 Nel 2028, saranno
milioni i malati
cronici e si
spenderemo **70,7**
miliardi per assisterli.

(Fonte: Osservatorio nazionale
sulla salute nelle regioni
italiane-2019)





Assistenza domiciliare cercasi

Dal XVII Rapporto sulle politiche della cronicità, veniamo a sapere che secondo l'82% delle Associazioni del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (47 organismi), l'assistenza domiciliare è praticamente inesistente; inoltre per il 70% le ore non sono comunque sufficienti, per il 53% mancano figure specialistiche.

di morti dati all'epidemia, ma anche per la scoperta di quanto il sistema abbia bisogno di una sentinella di prossimità, capace di intervenire per tempo e non solo per riparare, una figura da formare per divenire il trait d'union del paziente fra ospedale e territorio, capace di occuparsi di seguire il follow up di un malato oncologico, di fare esami a bassa intensità, di utilizzare la telemedicina, di essere parte del team multidisciplinare.

Intendo dire che il tema delle cure primarie attraverso la ridefinizione del rapporto fra ospedale e territorio. Quante morti si sarebbero potute evitare se ci fossero stati presidi territoriali ad esempio per pazienti con malattie cardiovascolari, che per paura di recarsi al Pronto Soccorso e venire contagiati sono rimasti a casa, nell'assenza di prestazioni domiciliari? Quanto cambierebbe la capacità direttiva delle Aziende se alla cronicità venisse as-

sicurata la continuità di cura fra ospedale e territorio, utilizzando magari la rete di cure palliative, che inspiegabilmente in Italia sono considerate solo per la terminalità, malgrado le indicazioni Oms, che ne fanno un sostegno alla cronicità? Le Aziende hanno risposto all'emergenza come hanno potuto, dimostrando che il sistema ospedaliero può essere reso flessibile nell'utilizzo dei posti letto dedicati al Covid e per le terapie intensive, ma non sappiamo ancora cosa questo significherà in termini di liste d'attesa per le prestazioni mancate. Forse qualcosa va cambiato, a partire dai Dg: è così assurdo pensare ai percorsi di cura del paziente invece che alla singola prestazione? In secondo luogo abbiamo bisogno di una sfera di lavoro socio sanitaria: servizi per le età dell'invecchiamento, da quello attivo fino alla non autosufficienza, per le disabilità, per la salute mentale, sanitarizzata se solo in ambito ospedaliero, per le dipendenze, per la sfera della salute riproduttiva e della prevenzione, i consultori...e

potrei continuare.

E infine per la prevenzione, la grande assente, sottofinanziata o ridotta solo alle raccomandazioni sugli stili di vita. Che errore madornale!

La terza sfera di cambiamento delle Aziende attiene alla parte più complicata, quella del rapporto fra autonomia e pressioni della politica e non vi è dubbio che la scelta dei direttori generali e sanitari finché continuerà ad essere appalto prevalente delle singole regioni sarà sempre a rischio di incursioni indebite dei sistemi di consenso esterni al mondo della sanità, compresi i rischi di corruzione. Non mancano le buone pratiche.

La sfida dei 36 miliardi del Mes per la sanità è una occasione imperdibile per ripensare con coraggio la governance, per adeguare il personale medico, infermieristico e delle professioni sanitarie a un sistema moderno di prevenzione cura e presa in carico, per rendere il Ssn, che deve continuare a restare universalistico e perciò deve cambiare, più vicino ai protagonisti, che, in fin dei conti, sono i pazienti.

Errore madornale ridurre la prevenzione a una raccomandazione sugli stili di vita