

## “La pandemia ha smascherato lo stato della sanità pubblica”

**Pubblicato:** Martedì 21 Aprile 2020



Forse ci voleva davvero una pandemia, per capire fino in fondo lo stato reale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). D'altra parte, la storia ce lo ricorda. Nel passato molte pandemie – in particolare nel settore animale – hanno messo a dura prova servizi competenti, autorità e governo.

E questo per la necessità di mettere in campo operazioni delicate ed articolate quali il tracciamento dei contatti con i soggetti sospetti o confermati, l'organizzazione ed implementazione delle restrizioni degli spostamenti, l'utilizzo – ove possibile – di vaccinazioni con target precisi. E questa pandemia ha rivelato tutti i limiti e le carenze di un Servizio Sanitario Nazionale che negli anni, silenziosamente ma progressivamente, è stato minato e depauperato. Parliamo ovviamente di struttura, non certo dell'umanità e professionalità dei medici e degli infermieri che in questa pandemia sono state le vittime di queste modifiche, spesso lasciandoci la vita.

**La sanità pubblica in Italia è stata indebolita innanzitutto da un punto di vista di dotazioni finanziarie.** Solo negli ultimi dieci anni il SSN ha subito tagli per 37 miliardi di euro. Risorse ingenti che non sono più andate a coprire i fabbisogni sanitari dei cittadini. E questo, tra le altre cose, oltre all'impatto diretto sulla salute della popolazione, ci distanzia rispetto a Paesi membri dell'Unione Europea quali Germania, Francia, e Spagna che nel tempo si sono allineati a valori decisamente più alti di spesa pro-capite, progressivamente cresciuti dal 2000 ad oggi. L'Italia, invece, no. E' andata in controtendenza. E questo viene anche confermato dal rapporto GIMBE (“Definanziamento 2010/2019 del SSN”) che vede l'Italia ben al di sotto della media Paesi OCSE come spesa sanitaria pro-capite.

Inoltre, **i posti letto sono diminuiti negli ultimi anni**, per scelte politiche che hanno riguardato tutte le regioni. Dal Rapporto “Sanità 2018 – 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale” del Centro Studi Nebo, si apprende che **si è passati dai 530.000 posti letto (1981) del 1981 ai 365.000 (1992) ai 245.000 (2010)** per arrivare ai 191mila del 2017, ultimo dato disponibile. In rapporto al numero di abitanti, **siamo passati da 5,8 posti letto ogni mille abitanti del 1998, ai 4,3 nel 2007 ai 3,6 nel 2017**. E questa riduzione, ovviamente, ha colpito anche le **Terapie Intensive** (proprio quelle che vediamo ogni giorno in televisione) dove **l'Italia distacca (in negativo) con 2,6 posti ogni 1000 abitanti Paesi come la Germania (6 T.I. /1000 abitanti), l'Austria (5,5), la Polonia (4,8), la Grecia (3,6) e la Francia (3,1)**.

**A fare la differenza non sono solo i finanziamenti** e l'impatto dei tagli al SSN con conseguente riduzione dei posti letto e T.I. In alcune Regioni – vogliamo prendere la **Lombardia**, dato che questo ha una sua attinenza con la presente analisi – c'è stato un **progressivo trasferimento della sanità verso il privato**, che ha riguardato i letti disponibili, ma anche la medicina territoriale. Nell'arco degli ultimi 25 anni (1995/2019) si è passati a un **raddoppio dei posti letto privati a scapito di quelli pubblici, passando dal 20% del 1995 al 40% del 2019**. Una sanità privata che chiaramente vede il profitto come obiettivo della propria esistenza. E, ricordiamocelo, una sanità privata che solo molto tardivamente ha messo a disposizione le proprie strutture per contribuire a affrontare la presente pandemia.

Ma in Lombardia, come si accennava c'è di più.

Si è proceduto anche allo **svuotamento delle funzioni della medicina territoriale, in particolare colpendo i medici generici**. Questo è stato ottenuto negli anni grazie a riforme sconsiderate (Presidenza Maroni), che **hanno di fatto sostituito il ruolo del medico generico con quello del cosiddetto “Gestore”**, il responsabile della elaborazione del Piano di Assistenza Individuale che prevede se e quando effettuare le visite, gli esami e gli interventi ritenuti necessari.

Il gestore viene pagato in funzione della malattia da lui curata, ma se risparmia potrà trattenere la differenza per sé. E, chiaramente, può essere una struttura privata, che può “curare” anche fino a 200.000 persone. **Questo ha contribuito a depotenziare il ruolo dei medici generici, di fatto svuotati delle loro competenze**. E li abbiamo visti, i medici generici, in piena pandemia: completamente abbandonati a sé stessi, privi di indicazioni, istruzioni operative, attrezzature, modalità di approccio ai malati, dispositivi di protezione.

Il che tra le altre cose ha causato una ecatombe tra i medici di base (40% dei sanitari morti durante la pandemia). Questo approccio ha fatto sì che **la barriera della medicina territoriale, che si frappone tra il malato e gli ospedali non potesse arginare il gran numero di infetti da Covid, con il logico, conseguente ingolfamento degli ospedali. Così non è andata in Veneto, così non è andata in Emilia**.

Per strategie diverse: in Veneto per la scelta di intervenire da subito con la somministrazione massiva di test, in Emilia per la cultura della medicina territoriale che da sempre contraddistingue la Regione. La differenza, alla fine, la si vede dal numero di morti, che in Lombardia è esageratamente superiore alle altre. E che le modifiche del SSN in Lombardia soprattutto abbiano ampiamente partecipato a determinare questa situazione è molto, molto più di un sospetto.

C'è dell'altro. La gestione delle pandemie è un'operazione di guerra. Lo vediamo da soli, con tutte le misure adottate di restrizione delle libertà individuali. E come tale, deve essere gestita con misure straordinarie previste, disegnate e collaudate in tempo di pace predisponendo un piano di lotta alle pandemie che preveda istruzioni operative, attrezzature e una precisa catena di comando.

Ciò detto, siamo tutti d'accordo nel ritenere il Covid 19 una pandemia che non possiamo omologare ad una influenza stagionale per la severità della sintomatologia, che separa il Covid da un qualsiasi virus influenzale. Ma per il resto, molte caratteristiche accomunano i virus influenzali ed il Covid. Vale la pena ricordare, a questo proposito, che **un Piano contro le pandemie influenzali esiste a livello**

**nazionale da anni**, e prevede analoghi Piani da implementare a livello regionale.

**Fu elaborato nel 2006 su richiesta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** per prepararsi ad affrontare il rischio di pandemie influenzali a seguito delle epidemie di influenza aviaria da virus A/H5N1. E' stupefacente, leggendo le pagine del Piano, osservare che molte delle misure indicate prevedono interventi e modalità operative che da soli avrebbero certamente fronteggiato la pandemia in atto con maggiore efficacia.

Solo alcuni esempi: la **predisposizione di scorte di materiali protettivi** (mascherine, calzari, camici differenziati in funzione delle operazioni da mettere in atto). Aspetto, chiaramente, mai implementato, né per la presente pandemia ma neanche per altre possibili pandemie. E l'**istituzione di una cabina di regia** ben descritta (il Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Pandemie), con ampi poteri di coordinamento che avrebbe certamente funzionato con maggiore efficacia rispetto alle videoconferenze della Presidenza del Consiglio e dei Presidenti delle Regioni, che hanno sì valenza politica ma che certo non posso gestire nell'immediato crisi sanitarie di questa portata.

**Ma questo Piano è sostanzialmente rimasto una carta scritta, mai messa in atto né a livello nazionale né a livello regionale**, e neanche utilizzato come elemento di riferimento nella presente pandemia. Sarebbe interessante capire il perché, dato che molte delle misure avrebbero certamente agevolato la lotta contro il Covid 19. Sarà questo il motivo per cui nel 2019 il Global Health Security Index elaborato dal Centre for Health Security dell'Università J Hopkins ha classificato l'Italia al 31mo posto dei Paesi aderenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità, assegnando alla pianificazione ad affrontare le emergenze sanitarie una valutazione più alta della media (18.8 su una media di 16.9 degli altri Paesi) ma con una capacità di risposta all'emergenza pari a ZERO (su una media di 23,6 degli altri Paesi). Insomma, in quanto a predisporre piani siamo bravi, ma in quanto a metterli in atto siamo indietro anni luce.

Ci sono, infine, anche una serie di elementi che vanno citati perché indicatori dell'incapacità e inadeguatezza gestionale nell'emergenza. Molti episodi si sono avvicinati, in particolare in Lombardia, che vanno approfonditi per capire i motivi del malfunzionamento. Ci si riferisce, ad esempio ad alcune **incomprensibili scelte della direzione di alcuni ospedali** (Alzano, aperto e chiuso in poche ore senza la dovuta disinfezione, e senza la necessaria segregazione dei malati Covid dagli altri) dove alcune decisioni gestionali dovevano considerare le modalità di controllo messe in atto in Cina e Corea – ben note da tempo.

Parliamo, è bene ricordarlo, di **una Lombardia che ha frequentissimi scambi commerciali con la Cina**, sia di uomini che di merci. Possiamo portare ad esempio anche la gestione di quella che doveva essere (e non lo è mai diventata, grazie a considerazioni ignote e comunque incomprensibili) la **“zona rossa” di Bergamo** e comuni vicini che in piena pandemia ha invece continuato a lavorare come se nulla fosse.

Ricordiamo che in quelle zone, **mentre il Covid mieteva vittime, 1700 industrie hanno continuato a produrre**, con tutto quello che questo significa in termini di movimentazione di mezzi e persone tra casa e ambiente di lavoro.

E cosa dire dell'individuazione di tutti i contatti tra i positivi e il resto della popolazione, attività per la quale non si hanno certezze sul come e quanto completamente sia stata eseguita? Da ultimo, vogliamo portare ad esempio la **gestione sconsiderata delle RSA che sono state a lungo obbligate (con delibere regionali) a mantenere non solo aperti gli accessi dall'esterno, ma anche a rendere disponibili posti letto per ricoveri di Covid positivi**, in ambienti in cui era presente la categoria più sensibile alla malattia: gli anziani. E senza la certezza della separazione dei percorsi tra sani e positivi, e con il divieto dell'uso di indumenti protettivi al personale delle RSA. Ma questi sono aspetti su cui indagherà la Magistratura.

E a proposito di mascherine, come possiamo non citare **l'obbligo a indossarle emanato dalla Regione Lombardia – subito ridimensionato consentendo l'alternativa garantita con una sciarpa, o qualsiasi altra cosa che possa coprire naso e bocca**. In alcuni casi, bisogna ammettere che la Regione non solo non è stata all'altezza della situazione, ma ha prodotto esempi di incoerenza, incapacità e contraddittorietà.

E' per questi motivi, e per molti altri che per brevità non si elencano, che fa sorridere quando i politici attuali parlano di modello sanità italiano, o di sistema lombardo di eccellenza. Di modello, purtroppo, non se ne è vista traccia. Il SSN avrebbe certamente potuto funzionare come un modello, se solo avesse potuto godere delle dotazioni adeguate, se solo avesse potuto contare su una medicina territoriale che facesse da diga per filtrare i malati da inviare agli ospedali, se solo avesse potuto contare su una cultura e preparazione delle emergenze da parte delle autorità sanitarie locali. Cosa che non è, evidentemente, avvenuta.

**Nessun altro fenomeno come la pandemia mette allo scoperto i difetti di funzionamento del sistema di tutela della salute.** La lezione che dovremmo imparare riguarda elementi di base della nostra politica sanitaria, e **la sola idea che un aspetto così delicato e che riguarda tutti indistintamente venga gestito autonomamente dalle Regioni, guardando e confrontando la loro performance nell'attuale pandemia, fa solo rabbrivire.**

E' da qui che dobbiamo ripartire, per riuscire davvero a realizzare un modello di sanità pubblica funzionante nell'interesse dei cittadini. Siamo convinti che, una volta passata la pandemia e metabolizzato il lutto, ci sarà da metter mano al livello di finanziamento, che andrà allineato a quello degli altri Paesi membri UE come spesa pro capite, ad una organizzazione della **medicina territoriale che deve essere rafforzata seguendo l'esempio delle Regioni dove ha arginato l'urto della pandemia**, rivedendo sia i letti a disposizione che le terapie intensive, e soprattutto garantendo che il sistema sanitario (definito Nazionale dalla legge 833/78) sia davvero nazionale e non possa prevedere gli scenari drammaticamente diversi che abbiamo visto nelle Regioni colpite.

In questo senso, **le attuali discussioni sull'autonomia differenziata dovranno tenere in considerazione come le Regioni hanno reagito alla pandemia**, per comprendere fino in fondo se un progetto di quella portata abbia ancora oggi senso, o se piuttosto, tenuto in considerazione quello che è successo e sta succedendo, il riconoscimento di ulteriori forme di autonomia sia una possibilità ancora irrealizzabile. **Il diritto alla salute non può contare su trattamenti differenziati a seconda del posto dove le persone risiedono.** Con ogni probabilità, è questa la priorità su cui lavorare dopo che la pandemia sarà risolta, al fine di garantire la tutela della salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ” (art. 32 della Costituzione).

Redazione VareseNews

redazione@varesenews.it