



DALL'EMERGENZA COVID-19 AD UN SISTEMA DI SALUTE PER TUTTI

(Aldo Morrone, medico e direttore scientifico dell'IRCCS di Roma, consulente dell'Ufficio Europeo dell'OMS, coordinatore del Dipartimento Salute di "Insieme")

L'assunto fondamentale è che non tutti i gruppi sociali sono uguali di fronte alla malattia. Per esempio, gli anziani con pregresse patologie, le donne, i lavoratori precari e in nero hanno vissuto rischi maggiori durante l'emergenza Covid-19 e si sono ulteriormente impoveriti.

I motivi sono diversi, ma nel suo complesso il coronavirus appare come uno specchio che riflette la nostra incapacità di rispettare tutti gli esseri viventi e la perdita non solo del senso mistico, ma pure della prudente tutela dell'infinita bellezza del pianeta.

Ancora più preoccupante è il rischio che si discuta di tutto, meno di come evitare una nuova grande epidemia. Eppure, il salto di specie che ha causato la pandemia da Covid-19 non è stato il primo evento del genere e non sarà l'ultimo. Per questo sarebbe importante prevedere dove e come potrebbe avvenire il prossimo.

Dovremmo smettere di considerare la natura che ci circonda, tutto il pianeta come un immenso mercato da usare ed usurare fino a trasformarlo in una discarica globale. Se consideriamo persone, animali e foreste solo come materie prime per la nostra sopravvivenza, ci esponiamo a quel salto di per cui il SARS-CoV-2 si è spostato con gli animali dalle foreste per passare all'uomo.

Quali gruppi sono più vulnerabili?

Partiamo dai dati. L'85% dei decessi Covid è avvenuto tra gli ultra settantenni, mentre tra i più giovani il personale sanitario e tutti coloro che sono coinvolti in prima persona ad affrontare la pandemia sono stati duramente colpiti. Inoltre, più una persona è socialmente ed economicamente svantaggiata, più è probabile che soffrirà di malattie infettive, tutte in gran parte prevenibili. Il tema delle disuguaglianze di salute in "tempo di pace" è quindi di grande rilevanza. Chi sta peggio è l'anziano solo, che non ha più il supporto delle reti familiari e di volontariato o la possibilità di frequentare luoghi di culto e aggregazione.

Le persone con problemi di salute mentale rappresentano un altro grande gruppo vulnerabile, tanto più che accanto all'epidemia di COVID-19 è sorta un'epidemia parallela di paura, ansia e depressione.

Inoltre, dei 258 milioni di lavoratori migranti internazionali in tutto il mondo, il 95% risiede nelle cinque regioni dell'OMS più colpite. Questa categoria di lavoratori ed in particolare colf e badanti

incontrano più barriere nell'accesso ai servizi sanitari nei paesi ospitanti rispetto ad altri migranti internazionali (ad esempio, studenti).

Le carceri sono poi epicentri di malattie infettive a causa della presenza di più fattori di rischio per l'infezione: la possibilità di rispettare il distanziamento sociale si scontra con il gravissimo ed atavico problema del sovraffollamento, in strutture spesso scarsamente ventilate e con condizioni igieniche non ottimali e un accesso più difficoltoso ai servizi sanitari.

Sono infine vulnerabili i bambini. Con la chiusura delle scuole, il mancato apprendimento ha conseguenze più gravi sui minori più svantaggiati. Anche la dotazione e le competenze informatiche per le lezioni a distanza sono ineguali (vuoi per scarsa copertura della rete, vuoi per carenze di strumenti, vuoi per carenze nella didattica), così come l'accesso alla mensa e ai programmi di vaccinazione. I genitori che lavorano devono lasciare i figli incustoditi o astenersi dal lavoro per stare a casa con loro.

I sistemi socio-sanitari del futuro

Sappiamo che le persone in condizioni socioeconomiche svantaggiate possono essere più esposte alle infezioni. Solitamente vivono in luoghi che favoriscono situazioni di vicinanza con altre persone e hanno maggiori probabilità di vivere in ambienti sovraffollati.

Quando le prime ondate della crisi passeranno, dovremo essere pronti con strategie globali a lungo termine e relativi investimenti in tutti i settori tra cui l'istruzione, la casa, il cibo, l'ambiente, il lavoro e le relazioni affettive.

Queste strategie dovrebbero rafforzare la promozione della salute, che non va intesa solo come assenza di malattia; ma come un sistema complesso fatto di cultura, di stili di vita, di rispetto dell'ambiente, di prevenzione, di protagonismo e cooperazione comunitaria e territoriale. Numerosi potrebbero essere gli aspetti da migliorare per il prossimo futuro, tra i quali una concreta politica della prevenzione primaria e secondaria, un finanziamento congruo e strutturale al SSN, una sua rapida informatizzazione e digitalizzazione, e rendere i nostri sistemi sanitari territoriali sostenibili.

In questo contesto d'emergenza il nostro SSN è arrivato alla pandemia già significativamente compromesso: il nostro Paese aveva dimezzato i posti letto per i casi acuti e la terapia intensiva, passati da 575 ogni 100 mila abitanti ai 275 attuali.

Eppure, il nostro servizio sanitario pubblico resta, per qualità ed efficacia delle prestazioni sanitarie, tra i migliori al mondo, anche se gli indicatori qualitativi e quantitativi dei servizi sanitari regionali disegnano un sistema con molte disuguaglianze e inefficienze.

In Italia la tutela della salute è un diritto inalienabile del cittadino, garantito dall'Articolo 32 della Costituzione. Con la Legge 833 del 23 dicembre 1978, la cura dell'individuo (non solo del cittadino!) viene garantita tramite il Servizio Sanitario Nazionale.

Ma non basta la normativa: proteggere la salute dei cittadini è una responsabilità di tutti. La buona salute inizia nella comunità. In prospettiva dobbiamo, quindi, ripensare alla organizzazione dei nostri sistemi sanitari, alla loro sostenibilità e alla loro capacità di proteggere tutti in tempi di crisi.

Purtroppo in passato lo sforzo di razionalizzazione della sanità per partecipare al risanamento del bilancio pubblico ha seguito il principio di ricalibrare l'offerta sul solo fabbisogno ordinario. Questo è diventato il punto debole del SSN: gravi limiti di resilienza del sistema agli shock di domanda.

L'efficientamento del SSN deve sì continuare, ma deve essere pronto ad affrontare shock di domanda importanti: la pressione sugli ospedali è legata soprattutto al fatto che non c'è in questo Paese un'idea di salute di comunità e la prova più evidente è data dalla insufficiente organizzazione, più o meno marcata tra i diversi territori regionali, dell'assistenza territoriale e domiciliare.

Papa Francesco ha ben presente che la risposta alla pandemia è duplice:

“Se il virus dovesse nuovamente intensificarsi in un mondo ingiusto per i poveri e i più vulnerabili, dobbiamo cambiare questo mondo. Dobbiamo agire ora, per guarire le epidemie provocate da piccoli virus invisibili e per guarire quelle provocate dalle grandi e visibili ingiustizie sociali.”

Papa Francesco, citando san Giovanni Paolo II, non manca poi di indicare un criterio-chiave di autenticità cristiana:

“I seguaci di Gesù si riconoscono dalla loro vicinanza ai poveri, ai piccoli, ai malati e ai carcerati, agli esclusi e ai dimenticati, a chi è privo del cibo e dei vestiti... Alcuni pensano, erroneamente, che questo amore preferenziale per i poveri sia un compito per pochi, ma in realtà è la missione di tutta la Chiesa”.

Roma, 04 dicembre 2020

Recovery Fund - Disuguaglianze – RSA

(Mauro Mattiacci, coordinatore del Dipartimento Salute di “Insieme”)

RECOVERY FOUND

Premessa

Per rispondere all’iniziativa proposta dalla Commissione Europea, attualmente al vaglio del Parlamento Europeo unitamente al Bilancio dell’Unione 2021-2027, approvata dal Consiglio Europeo il 21 luglio 2020, intitolata Next Generation EU, il Governo ha elaborato il “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”.

La Proposta della Commissione Europea dovrà essere ratificata dal Parlamento Europeo e poi ratificata dai Parlamenti nazionali.

I regolamenti attuativi di NEXT Generation non entreranno dunque in vigore prima dell’inizio del 2021 e il Piano Nazionale potrà essere presentato solo successivamente a tale entrata in vigore.

Il Governo, allo scopo di avviare un dialogo informale con la Commissione, già a partire dal mese di ottobre ha elaborato una proposta di Linee guida da sottoporre all'esame del Parlamento. L’obiettivo, ovviamente condiviso, è accelerare il più possibile la partenza del c.d. Recovery Plan per attivare rapidamente le corrispondenti risorse finanziarie straordinarie.

La missione di riferimento è quella che riguarda la salute e, segnatamente, l’obiettivo di migliorare a regime la qualità dell’assistenza provata dalla pandemia.

Tra gli obiettivi sono stati individuati quelli tesi al miglioramento della qualità dell'assistenza, all’incremento della capacità ricettiva degli ospedali, compresi i letti di terapia intensiva, la tempestività di risposta alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie.

Opportuna sarà dunque investire sia nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina, che sulla cronicità e le cure a domicilio per superare le attuali carenze del sistema delle RSA, nonché sulle politiche per il personale sanitario e la ricerca.



2 MISSIONI

Salute

Contesto di riferimento

- Il Governo intende dare seguito alle misure a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) adottate con i recenti provvedimenti attraverso un piano di investimenti e misure organizzative e di politica industriale di medio-lungo termine
- L'obiettivo per il SSN sarà di migliorare la qualità dell'assistenza, la capacità ricettiva degli ospedali, compresi i letti di terapia intensiva, la tempestività di risposta alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbidità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie
- Si investirà nella **digitalizzazione** dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la **telemedicina**
- Uno specifico investimento sarà prontamente avviato sulla cronicità e le cure a domicilio per superare le attuali carenze del sistema delle RSA

Ambiti tematici dei Clusters

- Rafforzamento della resilienza e tempestività di risposta del sistema ospedaliero
- Sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica
- Digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione
- Rafforzamento della prossimità delle strutture del SSN
- Integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali e ambientali
- Valorizzazione delle politiche per il personale sanitario

Più precisamente, la Commissione della Camera ha definito i seguenti obiettivi:

1. Implementare gli investimenti nella sanità digitale, potenziando il fascicolo sanitario elettronico e sviluppando la telemedicina, anche al fine di assicurare un completo scambio di informazioni tra le regioni e con il Ministero della salute attraverso la reciproca leggibilità delle proprie piattaforme e lo scambio rapido e concreto delle informazioni sanitarie, investendo contestualmente nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di tali strumenti digitali e nella semplificazione dei processi amministrativi (cosiddetta usability);
2. Assicurare l'organizzazione di una nuova rete territoriale di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, mettendo in relazione professionisti – quali, ad esempio, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, farmacisti – strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi, attraverso modelli organizzativi integrati e, altresì, mediante la promozione di una medicina territoriale costituita da équipe multidisciplinari composte da figure sanitarie e socio- sanitarie al fine di superare il concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale;
3. Realizzare un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di prevenzione primaria e di promozione della salute, intesa come educazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'attività fisica, e sul concetto di prevenzione secondaria (screening), attraverso un potenziamento dei dipartimenti di prevenzione in una logica intersettoriale, anche assicurando risorse adeguate per l'attuazione delle disposizioni del Piano nazionale della prevenzione (PNP);
4. Integrare le politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale, attraverso l'integrazione dei servizi offerti, un maggior sostegno alla domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti e la promozione dell'invecchiamento attivo, in modo da garantire, anche a coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, una vita dignitosa in un contesto relazionale adeguato;
5. Garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, anche attraverso il finanziamento di investimenti strutturali in modo da contrastare il fenomeno dei flussi sistematici di mobilità passiva, assicurando una tutela alle aree interne o disagiate;
6. Prevedere investimenti mirati all'adeguamento delle condizioni strutturali alla riconversione degli ospedali esistenti, in particolare di quelli delle aree interne o disagiate;
7. Assicurare che, nell'ambito delle risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario da destinare anche ad emergenze sanitarie diverse dalla pandemia in atto, siano comprese azioni volte a garantire e rafforzare la tutela della salute agli assistiti affetti da malattie croniche non trasmissibili durante l'emergenza;
8. Affrontare il tema dell'assenza di una strumentazione diagnostica e sanitaria adeguata ovvero l'obsolescenza, che caratterizza molti luoghi del Paese, non solo al Sud, prevedendo rilevanti investimenti non solo per il rinnovo delle strutture ma anche per il rinnovo della strumentazione diagnostica, a livello sia ospedaliero sia territoriale;

9. Adeguare i livelli essenziali di assistenza (LEA) alle nuove emergenze sanitarie assicurando, anche mediante l'adozione del nuovo Nomenclatore tariffario, che tutte le prestazioni siano effettivamente esigibili dai cittadini;

10. Valorizzare il personale sanitario attraverso un adeguamento degli ordinamenti didattici formativi, prioritariamente per i corsi di laurea in medicina e chirurgia nonché in Scienze infermieristiche, e rivedere la logica dell'aggiornamento professionale in tali ambiti, al fine di adeguarne le competenze ai nuovi bisogni di salute;

11. Investire nella formazione e nell'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici e creare

strutture permanenti di monitoraggio e contenimento delle insorgenze pandemiche, istituendo altresì una rete nazionale di centri dedicati allo studio e alla messa a punto di soluzioni terapeutiche, diagnostiche e preventive, per combattere, anche attraverso la cooperazione internazionale, ogni minaccia pandemica;

12. Promuovere la ricerca, anche quella medica di base e delle terapie avanzate, attraverso un piano strategico di investimenti, valorizzando le eccellenze presenti sul territorio nazionale e la crescita di figure altamente specializzate, con particolare attenzione alle malattie rare oncologiche, nonché istituire nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), soprattutto al Sud del Paese, potenziando nel contempo quelli già esistenti e organizzandoli in rete;

13. Prevedere, nell'ambito del finanziamento della ricerca, una sezione relativa al potenziamento dei dipartimenti italiani afferenti alla "rete europea di ricerca nell'ambito delle malattie rare" nonché della ricerca nel campo delle protesi e delle attrezzature robotiche che possono svolgere o agevolare l'assistenza alle persone malate o con disabilità, anche in forma domiciliare;

14. Favorire investimenti in un piano specifico per la ricerca senza animali, attuando, in collaborazione con il Ministero dell'università e della ricerca, percorsi formativi sui nuovi approcci metodologici, nell'ottica di rilanciare l'economia in modo sostenibile ed ecocompatibile, coerentemente con l'approccio One Health che considera, al fine del benessere della salute dell'uomo, la tutela dell'ambiente e la tutela e il benessere degli animali;

15. Rafforzare, in linea con l'approccio One Health la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alla problematica legata all'antibiotico-resistenza, tenuto conto che la mortalità per infezioni ospedaliere da patogeni resistenti agli antibiotici costituisce una grave minaccia per la salute pubblica;

16. Potenziare e accrescere, all'interno di un progetto di rete nazionale, posti letto di neuropsichiatria infantile e il relativo percorso diagnostico, terapeutico assistenziale, investendo contestualmente nella formazione degli insegnanti di sostegno e degli educatori in tema di salute mentale e neuropsichiatria infantile, anche al fine di garantire omogeneità nella rete dei servizi per la salute mentale sul territorio nazionale;

17. Prevedere il monitoraggio e l'attuazione del benessere organizzativo affiancandolo agli indicatori BES (benessere equo e sostenibile), in modo da contemplare, accanto a un indicatore di esito, un altrettanto importante indicatore di sviluppo organizzativo, nel solco della cultura della

valutazione delle politiche pubbliche e della progettazione e gestione delle reti ospedaliere e delle reti assistenziali della medicina del territorio.

Le Commissioni congiunte del Senato a loro volta hanno individuato i seguenti obiettivi.

Bisogna partire dal rafforzamento dell'intero Servizio sanitario universalistico, indicando come "denominatore basilare le politiche di prossimità e l'integrazione tra politiche sanitarie, sociali e ambientali". Ecco alcuni punti della relazione, al netto di alcuni interamente sovrapponibili con la relazione della Camera (es. territorio, ricerca, obsolescenza attrezzature diagnostiche etc.):

- È necessario investire su progetti di innovazione sociale e organizzativa del Ssn e del welfare, investendo in primo luogo sulle politiche territoriali al fine di garantire l'integrazione sociosanitaria, l'inter-professionalità e la presa in carico del paziente.

- Il modello della sanità di prossimità, facendo leva sulle potenzialità offerte dal digitale, deve diventare il punto di riferimento per il paziente. La diffusione di tecnologie digitali consente di incrementare l'efficacia e l'efficienza dei servizi di cure domiciliari integrate (sistemi di monitoraggio, analisi e teleconsulto da remoto). In tema di digitalizzazione, occorre:

a) potenziare il fascicolo sanitario elettronico, rendendolo omogeneo, e applicandolo definitivamente su tutto il territorio nazionale;

(b) sviluppare la telemedicina con piattaforme dialoganti fra loro e protocolli unici per patologia, omogenei su tutto il territorio nazionale, con linee guida nazionali per il riconoscimento delle prestazioni e la rimborsabilità delle stesse;

(c) investire nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di strumenti digitali e nella semplificazione dei processi amministrativi attraverso la digitalizzazione;

(d) potenziare i sistemi informativi e informatici in tutte le strutture sanitarie;

(e) introdurre una carta del paziente con QR code.

- È necessario migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi assistenziali, attraverso

l'organizzazione di una rete territoriale di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, mediante un adeguato sistema di accreditamento e con il rilancio dei distretti territoriali e socio-sanitari, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi, attraverso modelli organizzativi integrati e, altresì, mediante la promozione di una medicina territoriale costituita da équipe multidisciplinari;

- Rafforzare la conoscenza anche con progetti innovativi rispetto alla problematica legata all'antibiotico-resistenza;

- In tema di salute mentale occorre rivedere e rafforzare tutto il sistema attraverso la riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, anche costruendo una rete di servizi e strutture di prossimità con il potenziamento della figura dello psicologo delle cure primarie

- Sarebbe opportuno favorire aggregazioni virtuose tra gli istituti di ricerca e le università al fine di promuovere nuovi approcci diagnostici basati su tecnologie emergenti quali la biosensoristica e le metodiche molecolari avanzate.

In coerenza con le citate proposte appare legittimo immaginare almeno cinque scenari di azione che possano coinvolgere il non profit.

L'obiettivo, condiviso, guarda al sistema di welfare come strumento integrato "pubblico-privato motivato non profit" per generare pre condizioni e condizioni di "salute" partendo da altrettanti postulati:

- ogni intervento deve essere coerente con le caratteristiche e le potenzialità delle singole collettività e dei rispettivi territori, anche in considerazione della tenuta delle "reti-primarie" (famiglie);
- devono essere definitivi a livello nazionale obiettivi, strumenti normativi e modelli di riferimento per l'area della c.d. integrazione socio sanitaria;
- nell'ambito di questa definizione devono essere postulati con precisione degli standard (sul modello dei LEA) anche per la riabilitazione e la long term care (anziani non autosufficienti e disabili);
- gli strumenti di intervento per acuti devono essere coordinati e pianificati (anche in termini di integrazione tra professioni e competenze) almeno a livello regionale in modo tale da effettivamente garantire gli obiettivi di assistenza sanitaria;
- le strutture per acuti degli enti privati non profit devono essere integrate nella suddetta pianificazione e dunque sostenute anche con risorse strutturali "per funzione" ad integrazione dei modelli di finanziamento "a produzione" (anche a beneficio delle politiche per il personale).

Per attuare questi obiettivi le proposte sono le seguenti:

Parte adeguata (definita) delle risorse del recovery fund destinata agli interventi sanitari potrebbe essere investita:

- per promuovere e incentivare – previa definizione a livello Nazionale della dote finanziaria, degli obiettivi e rinvio alla Conferenza Stato Regioni per la loro attuazione - misure per l'aggregazione tra strutture del privato non profit e strutture pubbliche per la realizzazione di interventi (anche di digitalizzazione, condivisione delle informazioni e teleassistenza) che in una progressione di bassa (territorio, servizi di medicina di base e domiciliarità), media (strutture diurne) e alta intensità (strutture residenziali) accompagnino senza soluzione di continuità e secondo progetti individualizzati i soggetti fragili, azioni e disabili (e le loro famiglie);
- per integrare strutturalmente – sulla base di specifici protocolli e accordi - ricerca, interventi per acuti e riabilitazione (per esempio con plafond mobili o remunerazione unitaria delle due fasi potenziando l'offerta assistenziale degli IRCCS e svincolandola – entro limiti definiti – dalla programmazione territoriale);

- per consentire alle strutture sanitarie per acuti del privato non profit (per esempio gli ospedali classificati che sottoscriveranno appositi protocolli di collaborazione) di investire nell'allestimento di posti di terapia intensiva e/o TIPO (terapia intensiva postoperatoria) in misura coerente con le necessità della loro produzione chirurgica e le esigenze territoriali (definite secondo l'epidemiologia regionale e/o indici di disponibilità per numero di popolazione residente);
- per valorizzare l'investimento del privato non profit in funzioni territoriali di pronto soccorso/pronto intervento (anche specializzate, eventualmente: per esempio traumatologiche, neurologiche, cardiologiche);
- per l'adeguamento tecnologico ed informativo delle strutture sanitarie e sociosanitarie del privato non profit che sottoscriveranno appositi accordi di collaborazione, anche in relazione a specifici programmi di formazione sull'uso delle nuove tecnologie e la digitalizzazione.

E' plausibile che lungo ciascuna delle prospettate direttrici, l'investimento effettuato, coinvolgendo strutture private non profit (che dunque reinvestiranno in ulteriore efficienza/efficacia anche i frutti economici di questi miglioramenti) sarà ampiamente generativo, anche in termini culturali.

La sottoscrizione di protocolli e accordi, conformi agli obiettivi definiti a livello nazionale e regionale, non comporterà un incremento a regime della spesa sanitaria, in relazione ai benefici che ne deriveranno sia in termini di produttività che di salute (intesa quale condizione di benessere fisico, psichico e relazionale compatibile con lo stato di funzionalità dell'organismo nelle varie fasi della vita).

DISUGUAGLIANZE

Tra le evidenze emerse in questo difficile momento che ci ha costretto a vivere la pandemia, spiccano, nel contesto emergenziale, le famigerate disuguaglianze tra gli italiani per quanto riguarda l'accesso alla sanità, e più in particolare la diversità di trattamento di cui possono usufruire quanto a medicinali e prestazioni specialistiche. E' un problema che si trascina da tempo, ben prima della pandemia. E' arcinota l'immagine delle due Italia, distinte tra nord del Paese e sud, tra ricchi e poveri, così come è famosa la forbice tra tecnologie all'avanguardia di cui sono dotate le strutture del settentrione e lo stato penoso in cui versano certe strutture del meridione, una forbice che si allarga in modo quasi esponenziale rispetto ai progressi della scienza medica, della bioingegneria, della biotecnologia.

Se ne è parlato molto in questi anni eppure ancora oggi si fa tanta demagogia ma quanto a soluzioni... Intanto credo sia bene precisare come vengono individuate queste disuguaglianze. Sono innanzitutto relazioni di disparità tra le persone, tra le regioni, tra i servizi, tra le aziende, persino tra gli operatori, da non confondere però con le "differenze" che, al contrario, sono solo oggettive caratteristiche della realtà. Come relazioni di disparità, le disuguaglianze sono un problema prima di tutto di giustizia, e l'ingiustizia è una questione prevalentemente politica morale sociale e culturale.

L'ingiustizia, in sanità, è per definizione "immorale" e si ha quando:

- viene violato il diritto alla salute dell'individuo,

- sono ignorate le legittime aspirazioni di salute delle persone,

- i bisogni di cura delle persone sono prevaricati, sopraffatti, condizionati da qualcosa compreso tra: l'insufficienza delle risorse, l'incapacità di chi gestisce o di chi opera, il sopruso e il malcostume.

Sono immorali, perché causano sempre la negazione dell'essere, della vita, della vitalità delle persone. Sono ingiustizie che uccidono, fanno soffrire, limitano, menomano, tolgono autonomia, impoveriscono, cioè fanno spendere soldi, e nello stesso tempo arricchiscono altri, fanno sopravvivere altri di più, ad altri offrono di più. La misura dell'immoralità è misurata dall'epidemiologia: tassi di morbidità, di mortalità, morti evitabili, indice di sopravvivenza, attesa di vita, numero di anni in salute nella vecchiaia, ecc.

Ad onor del vero il Ministero della Salute ha tentato di affrontare questa problematica ed ha cercato di ovviarvi con l'introduzione dei lea e con il documento varato dalla Lorenzin sul finire del suo mandato, pieno di grafici capaci solo di fotografare l'insostenibilità di questa situazione.

La vera idea politica, trattandosi di vita e di morte, dovrebbe essere molto semplice: concretezza del diritto alla salute uguale per tutti, indistintamente. Non si è più giusti se anziché far perdere ai cittadini del sud tre anni di aspettativa di vita se ne fanno perdere solo due. Alla fine i cittadini del sud sempre due anni di vita perdono.

E poi "ridurre" o "eliminare" le disuguaglianze sono due politiche, tra loro, molto diverse.

- nel primo caso le disuguaglianze sono considerate inevitabili e quindi si persegue, a valle, l'obiettivo della perequazione (fondi di solidarietà, di compensazione, criteri di ponderazione, ecc.), - nel secondo caso, al contrario, si creano le condizioni, a monte, per non creare disuguaglianze, cioè le condizioni per avere sul serio parità di diritti.

In realtà dietro alle disuguaglianze di salute nel nostro paese si nascondono tante cose. Prima di tutto una storia di squilibri che, in 40 anni, neanche con la creazione del SSN siamo riusciti a recuperare.

Poi delle scelte politiche molto poco ponderate: la riforma del titolo V ha cronicizzato il discorso delle disuguaglianze, ma anche l'imposizione alle regioni dei piani di rientro non ha scherzato.

La duplice recessione attraversata dall'Italia, nel 2008 con la crisi finanziaria e nel 2011 con la crisi del debito pubblico, e l'impatto delle conseguenti misure di austerità hanno fatto arretrare un'economia già stagnante da decenni e causato un ulteriore impoverimento della popolazione. Il fenomeno ha interessato tutti gli strati sociali, seppur con meccanismi diversi, facendo crescere il numero delle persone esposte agli effetti negativi sulla salute delle disuguaglianze socio-economiche. La frequenza della povertà assoluta è aumentata in modo significativo, penalizzando in particolare i gruppi socialmente più vulnerabili – soprattutto le famiglie numerose, i minori, gli immigrati, i nuclei monogenitoriali con figli a carico – e le aree del Mezzogiorno. La crisi occupazionale è stata il principale meccanismo di impoverimento e insicurezza della popolazione. Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica: rinunce alle cure e prestazioni sanitarie a causa della distanza delle strutture, delle lunghe file d'attesa e dell'impossibilità di pagare il ticket. Tra i 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria sono pari al 12% tra coloro che hanno completato le scuole dell'obbligo e al

7% tra i laureati. La rinuncia per motivi economici è pari tra i primi al 69%, mentre tra i laureati è del 34%. E a essere penalizzato è il malato che continua ad aver bisogno di assistenza per esempio nel periodo post ospedalizzazione.

L'Osservatorio sulla salute ha certificato che la sfida del Ssn sarà contrastare queste persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. "I più rilevanti – si legge nel report – dovranno riguardare l'allocazione del finanziamento alle Regioni, attualmente non coerente con i bisogni di salute della popolazione; l'accessibilità alle cure, ancora molto difficile per alcune fasce di popolazione, da risolvere con soluzioni mirate a mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appropriatezza degli interventi e all'urgenza degli stessi". Il tema delle disuguaglianze di salute si intreccia con quello della sostenibilità economica e le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione. Tuttavia – mette in guardia l'Osservatorio -, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva, sia pure in parte, del sistema pubblico potrebbe acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore. "Molte le incognite che stanno dietro questo tipo di strumenti, sia legate ai premi elevati per i cittadini più a rischio, sia a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi". Non meno rilevanti "i rischi di un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare". Per gli autori della ricerca gli attuali divari sociali potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi di fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli. Per questo, secondo l'Osservatorio, "sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state".

Come si evince facilmente c'è ancora molto da fare e da fare in fretta.

RSA

Delle RSA non si può certo fare a meno. Ma è altrettanto certo che sia assolutamente necessario ripensarne il ruolo istituzionale partendo dal tema della "qualità della vita" degli ospiti che spesso si coniuga col tema dell'assistenza.

325.000 posti letto in strutture residenziali. Una cifra indubbiamente notevole se si considera la loro destinazione d'uso istituzionale: accoglienza di anziani soli o parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. La parte preponderante di tali strutture è orientata ad accogliere persone anziane affette da pluripatologie croniche e, quindi, bisognose di cure per rispondere a bisogni di natura sanitaria e di supporto alle funzioni vitali ma anche non autosufficienti e quindi bisognose di una risposta assistenziale di aiuto per espletare le più elementari funzioni di cura personale alle quali deve comunque essere assicurata la possibilità di mantenere vive la capacità di socializzare e la vita di relazioni.

La popolazione italiana sta progressivamente invecchiando. L'età media ormai è vicina ai 48 anni. L'allungamento della vita spesso però contempla una lunga fase di progressiva perdita di autonomia e di cronicità.

L'Istat dice che nel prossimo futuro la popolazione anziana crescerà ulteriormente (+54% degli over 75, +62% degli over 85).

A fronte di una minore tenuta delle reti primarie, le famiglie, è prevedibile altresì un allargamento delle persone sole e delle famiglie c.d. monopersonali. Molte persone, in sintesi, si troveranno nel prossimo futuro a vivere da sole la fascia di età successiva ai 75 anni.

Le stime, come anticipato, indicano anche una crescita delle persone ultrasessantacinquenni con limiti funzionali o patologie che necessitano di qualche forma di cura e di assistenza.

E' dunque evidente che l'intero sistema di protezione sociale (non solo quello sanitario, ma anche quello socio-assistenziale e, nel limite del possibile, certamente, anche le famiglie) dovrà prepararsi a questo cambiamento.

I posti letto per over 65 per ogni 100 abitanti nelle residenze protette sono: Olanda 7,3, Svizzera 6,4, Germania 5,4, Francia 5, Austria 4,6, Spagna 4,4, Italia 1,9, Grecia 1,8.

Delle RSA, come strutture capaci di farsi carico degli anziani con complesse cronicità e gravi non autosufficienze, ci sarà sempre bisogno. Forse ci si dimentica che in Italia i posti letto per acuti negli ospedali pubblici e privati sono 215.000 a cui si aggiungono altri 35.000 posti letto di riabilitazione. I posti letto nelle RSA sono 285.000 e 40.000 nelle residenze per disabili.

Nella maggior parte dei nostri territori – pur con differenze storiche e culturali - la domanda di servizi residenziali è di fatto in crescita.

I servizi sociosanitari a livello quantitativo si appoggiano per lo più ad un sistema di strutture "private" che ricomprende sia gestori religiosi che organismi del Terzo settore.

L'equilibrio economico (in molti casi oggi precario) allo stato è garantito dalla programmazione regionale (in termini di definizione delle rette a carico del Fondo sanitario, dalle condizioni economiche delle famiglie e degli stessi anziani assistiti (attraverso le pensioni e le indennità di accompagnamento ricevute, oltre che da quote di risparmio privato) nonché dall'intervento dei comuni spesso volto ad integrare le criticità economiche delle famiglie.

Bisogna migliorare il settore trasformando le RSA in centri multiservizi territoriali, in servizi "aperti" cioè capaci di assicurare interventi al domicilio delle persone anziani fragili insieme a risposte residenziali protette, in collegamento con le altre realtà assistenziali.

E dovrebbe trattarsi di una rete ampia: dall'assistenza domiciliare (non di poche ore all'anno), ai centri diurni, ai mini alloggi protetti, alle comunità alloggio, alla teleassistenza e alle RSA. Servizi non alternativi fra loro ma complementari, capaci di rispondere in maniera differenziata a bisogni differenti avendo al centro la persona fragile nel suo continuo mutare ed il suo contesto familiare nelle sue differenze e evoluzioni.

Dovremo riflettere a lungo sulle carenze e sulle mancate risposte rilevate durante la pandemia. Per troppi anni il Servizio Sanitario Nazionale, di cui il sociosanitario fa parte a pieno titolo, non ha trovato nei bilanci pubblici la dovuta attenzione. Poco si è fatto anche per la prevenzione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e per le persone a rischio per età o per patologie croniche.

“Insieme” deve trovare la giusta risposta all’appello del Presidente Sergio Mattarella il quale, nel denunciare che “il mondo dell’anziano è a rischio” ha esortato tutti ad “avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo”. Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per il futuro di una comunità che si fregia del titolo di “civile e democratica”.