



“FASE 2” CONVIVENZA E RESPONSABILITÀ

a cura del “Dipartimento Salute e Welfare PD Milano Metropolitana”

1. LO SCENARIO

I numeri ufficiali dei contagiati dal virus Covid-19 in Lombardia e nella Città Metropolitana di Milano descrivono solo parzialmente le dimensioni dell'epidemia in questa regione. Nell'esperienza di un numero significativo di Medici di Medicina Generale a Milano, su una popolazione media di 1.500 assistiti, ogni medico conta almeno una trentina di pazienti con sintomi compatibili con infezione da coronavirus, da seguire quotidianamente, che però non hanno fatto il tampone, e questo conferma l'ipotesi che i dati degli infetti dichiarati ufficialmente sono parecchio sottostimati rispetto al dato reale dell'epidemia in atto.

Perché in Lombardia ci sono più contagiati e più vittime dell'epidemia rispetto alle altre regioni italiane?

Tra i tanti motivi possibili un dato può fornire una chiave interpretativa più immediata. Se confrontiamo la Lombardia con il Veneto, regioni confinanti con condizioni ambientali e socioeconomiche simili, la differenza più significativa riguarda la percentuale di pazienti ricoverati che, in Lombardia a Marzo raggiungeva il 47%, mentre in Veneto non arrivava al 22%, mentre a domicilio venivano curati in media il 46% in Lombardia e il 70% in Veneto. Questa notevole differenza si riflette sui dati della letalità che in Lombardia è arrivata al 12%, mentre in Veneto si è fermata al 3%.

Questi dati sono una costante sin dall'inizio dell'epidemia e indicano **una stretta associazione tra la letalità per Covid-19 e il modello di organizzazione sanitaria** con cui si è affrontata la pandemia. Dove esiste un efficiente servizio di assistenza territoriale il sistema reagisce in modo migliore rispetto a dove il modello assistenziale sia prevalentemente ospedale-centrico, come quello lombardo: basta ricordare che in Veneto sono attivi ben nove dipartimenti di Igiene e Sanità pubblica, mentre in Lombardia quelli esistenti sono pochi e sono stati fortemente depotenziati di risorse, strumenti e personale nel corso degli anni.

Quella che ci aspetta sarà quindi, soprattutto in Lombardia, una fase non priva di preoccupazioni. Gli scienziati lo hanno detto in modo chiaro “il virus non se n'è andato e fino all'arrivo del vaccino occorrerà convivere”. Questo significa che **molto dipenderà dai nostri comportamenti individuali e dal nostro senso di responsabilità, ma soprattutto che occorre sfruttare tutta l'esperienza accumulata nei giorni più difficili della pandemia e tutto quanto disponiamo sul piano diagnostico per limitare al massimo il rischio di una nuova esplosione di contagi.**

2. FINALITA'

Scopo del documento, redatto dal **Dipartimento Salute e Welfare del PD Metropolitan Milanese**, è quello di rappresentare pubbliche proposte di politica sanitaria per gestire in modo particolare l'attuale fase di gestione dell'emergenza, nella consapevolezza di dover convivere nel breve e medio periodo con il rischio epidemico.

Per sua natura il documento si concentra sul sistema lombardo (che per altro rappresenta lo scenario più critico rispetto al quadro nazionale), pur se le drammatiche contingenze della pandemia hanno evidenziato parecchi **nodi critici, a tutti i livelli istituzionali, da sottoporre ad attenta e inevitabile diagnosi, nei tempi dovuti**. La contraddittorietà di indicazioni, la cacofonia di comunicazioni, le incertezze e le sovrapposizioni decisionali derivanti da conflitti tra diversi poteri (le cui stesse motivazioni non risultano chiare ad operatori e cittadini) la confusione tra responsabilità della scienza e della politica e, gravissima, la mancanza di chiarezza sul set fondamentale di dati di riferimento su cui, sia pure incompleti, basare le politiche emergenziali.

Senza approfondire in questa sede, ci basta qui sottolineare le problematiche di governance legate alla **sovrapposizione e frantumazione di poteri sul territorio**. Inoltre, va richiamata **l'assenza di preparedness** (OMS) di fronte allo stress generato da una tipologia di eventi che sarebbe stato da considerarsi meno straordinario di quanto sembrasse, in tempi di globalizzazione

Ci auguriamo che l'Italia sappia usare le risorse dell'Unione Europea, dal MES al Recovery Fund, contestualmente ad una riflessione sui nostri assetti istituzionali, per il rilancio del nostro Servizio Sanitario Nazionale, e un **riorientamento verso un deciso sviluppo della medicina di comunità**

3. L'IMPORTANZA DELLA MAPPA DEL CONTAGIO

Ad oggi **non c'è ancora contezza della diffusione reale del contagio** e di quali siano le situazioni più a rischio. Non ci sono dati ufficiali di quale percentuale di contagi ci siano nelle abitazioni e nei nuclei familiari, quanti avvenuti sul luogo di lavoro, negli ospedali e nelle RSA. Per ripartire in sicurezza e approntare interventi efficaci è necessaria una mappa realistica ed ufficiale dei contagi e dei luoghi maggiormente a rischio.

Occorre quindi **accelerare attraverso gli strumenti di diagnostica e quelli informatici la realizzazione di tale mappa e il suo continuo aggiornamento** che risulta essere in netto ritardo rispetto ad altre regioni e alla necessità di garantire maggiori sicurezze nell'avvio della fase 2.

La mappa dovrà indicare con estrema chiarezza e velocità:

- la condizione di tutto il personale sanitario, ausiliari, operatori attivi negli ospedali e tutti i medici e gli operatori sanitari e sociosanitari sul territorio, compresi ovviamente i Medici di Medicina Generale
- tutti i casi positivi di ospiti e personale delle RSA
- tutti i soggetti vulnerabili che vivono nelle comunità
- i pazienti positivi a domicilio e tutti i loro contatti compresi gli asintomatici e i paucisintomatici
- tutti i lavoratori che operano a stretto contatto con il pubblico e, in cooperazione con le aziende la rilevazione dello stato di salute di tutti i lavoratori nelle attività che stanno riaprendo o riapriranno
- in caso di riapertura a breve, in varie forme, tutti gli operatori dei centri educativi

I controlli dovranno essere tempestivi sia sui casi positivi che sui contatti mediante tamponi, sistemi di contact tracing e test sierologici sensibili e specifici.

4. TESTARE, TRACCIARE, TRATTARE

Ci riferiamo qui alle famose “tre T” di Alessandro Vespignani¹. Poiché **una eventuale ricaduta con un nuovo lockdown avrebbe costi enormi, sia in vite umane, che in perdite sul piano economico e sociale, occorre un forte investimento ora per evitare tali costi tra poco.**

Come dice Vespignani, serve una determinazione forte a **eseguire tamponi e test (TESTARE)**, quindi altrettanta determinazione per **isolare i positivi e i loro contatti (TRACCIARE)** in luoghi attrezzati o comunque nei quali si evita di infettare altre persone, a partire dai congiunti. In questi luoghi le persone non possono essere lasciate sole a gestirsi la quarantena, ma **devono essere monitorati, assistiti** e, se necessario, curati o trasferiti in ospedali (**TRATTARE**). In assenza di tali condizioni, nessuna App potrà fare niente. In assenza di tali condizioni il rientro al lavoro conserverà tutta la sua rischiosità.

5. UN NUOVO PIANO OSPEDALIERO

Occorre approfittare dello stress test subito dagli ospedali per definire un **piano di riordino della rete ospedaliera** al fine di rivalutare la dotazione complessiva di posti letto (in costante diminuzione nell’ultimo decennio) e rispondere alla nuova domanda di salute, con specifica attenzione:

- alla dotazione di posti di terapia intensiva e sub intensiva, compresa la valutazione del mantenimento degli ospedali appositamente realizzati per affrontare l’emergenza
- ai posti letto di area medica, in particolare di medicina generale e pneumologia, compreso il mantenimento per pazienti COVID 19, per quanto attiene le modalità di accesso e i percorsi dedicati.

Nelle prossime settimane ci sarà bisogno di **dividere gli ospedali Covid e no Covid**. per poter ridare servizi adeguati a tutti i pazienti. Questa modalità è attuabile attraverso un **pre-triage collocato prima dell’accesso al Pronto Soccorso** (per esempio tende di pre-triage). Fondamentale sarà la possibilità per i Pronto Soccorso di avere test rapidi o comunque risposte prioritarie in poche ore.

Tutti gli operatori dovranno avere dispositivi sanitari di protezione adeguati.

Il personale sanitario andrà adeguatamente formato e monitorato. In un primo periodo il personale andrà monitorato settimanalmente con tampone, occasionalmente ripetuto in presenza di sintomatologia anche modesta o contatto con soggetto positivo.

La fase due sarà una grande occasione per ripensare l’intero comparto in riferimento alle esigenze di salute della popolazione e all’evoluzione scientifica e tecnologica della medicina, oltre che alla luce della necessità di **ripensare il convenzionamento con soggetti diversi dal pubblico per integrali a tutti gli effetti negli obiettivi della programmazione regionale**, superando il vigente approccio di “quasi mercato”.

6. PROTEGGERE I PIÙ FRAGILI

Risulta ormai evidente, dopo l’avvio delle indagini della magistratura milanese e le ispezioni di aprile del

¹ Intervista Un TPI.it 3 maggio 2020

ministero della sanità quanto siano state determinanti le indicazioni regionali (delibera Regione Lombardia dell'8 marzo 2020 n. 2906) indirizzate al comparto sociosanitario nella diffusione nelle Rsa del virus.

Oggi occorre ripensare del tutto la struttura di questa Unità di offerta per anziani perché quello che è successo non accada mai più. È infatti necessario collegare in maniera diretta Rsa e domiciliarità delle persone fragili in un **nuovo piano della non autosufficienza** accolto nella programmazione dei territori ma avente un respiro non solo locale.

Centrale dovrà essere una nuova domiciliarità sostenuta da una rete di centri diurni integrati e con un costante monitoraggio da parte della medicina del territorio.

Anche le **RSA dovranno cambiare natura**: per l'accoglienza dei più fragili e delle persone non autosufficienti il rapporto medici /infermieri/ OSS in relazione agli ospiti deve radicalmente cambiare assicurando un presidio sanitario migliore e una dotazione di personale infermieristico adeguata a superare le enormi insufficienze attuali

7. PROTEGGERE LA COMUNITA'

Durante le prime tragiche settimane di pandemia ci si è preoccupati di affrontare l'emergenza sanitaria facendo leva sugli ospedali e sulle loro risorse, ma è stato chiaro fin da subito che i limiti e contraddizioni di un modello che poggia esclusivamente sugli ospedali e dove non esiste alcuna programmazione sanitaria.

Ora che si contano le perdite in termini di vite umane e l'alto numero dei contagi, secondo in termini percentuali solo a quello degli Stati Uniti è emerso con maggiore evidenza quanto era già risultato chiaro nella cura dei malati cronici, ossia la **necessità di sviluppare un nuovo assetto sanitario territoriale che preveda una stretta collaborazione tra rete ospedaliera, dipartimenti di prevenzione, MMG e risorse sanitarie e sociosanitarie territoriali.**

C'è bisogno di riprogettare e ricostruire dalle fondamenta i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale in Lombardia. Per il comparto sociale occorre dotarsi di una nuova normativa in cui vengano ridisegnati i compiti di programmazione e di erogazione delle prestazioni sociali. Analogamente dovrà fare il comparto sanitario e sociosanitario visto il fallimento della "riforma sanitaria" sperimentale del 2015.

I **Dipartimenti di Igiene e prevenzione sanitaria e di Cure primarie**, opportunamente potenziati, d'intesa con gli MMG devono garantire: la sorveglianza dei pazienti al domicilio (anche con sistemi digitali) con sintomatologia riconducibile a COVID 19 e loro cura per prevenire ricoveri ospedalieri non appropriati e diminuendo anche rischi di contagio intraospedaliero; in questa direzione è necessario potenziare il coordinamento e l'organizzazione degli MMG in forme associate, con il sostegno infermieristico, ed il completo avvio delle USCA ed anche dei PRESST cui ricondurre le stesse USCA

8. MMG, USCA (UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE), INFERMIERI DI COMUNITÀ': INSIEME PER IL TERRITORIO

Il possibile modello che ci consentirà di contenere nei prossimi mesi la diffusione del contagio dovrà puntare sul territorio: sarà necessario creare una **rete tipo "HUB AND SPOKE"** (polo e raggi) in cui i MMG diffusi sul territorio (SPOKE) siano in rete tra loro.

In ogni zona/municipio/comune (HUB) in cui operino gruppi di MMG organizzati e gli specialisti territoriali in luoghi definiti (PRESST, Case della Salute, Gruppi di cure primarie...) dovrà esserci un punto di riferimento dove sia possibile effettuare lo screening, in presenza di sintomi significativi, con soggetti che sul territorio possano eseguire in tempo reale esami ematochimici, radiografia del torace, elettrocardiogramma e tampone per la ricerca dell'RNA virale, con eventuale valutazione sierologica, per individuare precocemente i pazienti immuni, da isolare o avviare al presidio ospedaliero in rete con il territorio di riferimento.

I pazienti paucisintomatici dovranno essere isolati in strutture appositamente predisposte, che siano domicili logisticamente adeguati, o "Ospedali di Comunità", dove gli stessi MMG possano, con il supporto infermieristico e logistico, monitorare l'evoluzione clinica dei soggetti che dovranno essere dotati di sistemi di monitoraggio informatico, quale ad esempio le app di monitoraggio, e verranno seguiti dagli stessi MMG (adeguatamente protetti con i DPI idonei).

L'attività degli MMG dovrà integrarsi con quella delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) e degli Infermieri di Famiglia e Comunità (figure essenziali non ancora attuate nonostante gli ampi richiami nella LR 23/2015) che possono svolgere un ruolo importante nella presa in carico dei malati a domicilio che non è solo clinica ma anche assistenziale. Tutti questi interventi devono essere assolutamente integrati nel sistema di **rete HUB and SPOKE**.

Nell'ambito della rete integrata Hub and Spoke sarà necessario prevedere una **centralità del ruolo degli MMG e probabilmente anche nuove forme di aggregazione e convenzionamento con il SSR** che consentano la dotazione di standard adeguati allo svolgimento della professione, quali sedi, personale, attrezzature, formazione, organizzazione negli studi di ricerca e altro, senza inficiare in alcun modo né il rapporto diretto medico-paziente, né la relazione tra medico e sistema sanitario, che rimangono diretti e unici.

9. DAI PIANI DI ZONA AI PIANI DI COMUNITÀ

Vicinanza e prossimità sono termini vuoti se non si mette in atto una nuova governance territoriale in grado di (ambito per ambito) **passare dal Piano di Zona ad un nuovo piano di comunità contrassegnato da solidarietà di filiera tra pubblico e terzo settore**. Questo nuovo patto si dovrà misurare con le connessioni del sanitario e del sociosanitario a livello di aree omogenee (occorre ripensare le aree dei più di 90 ambiti territoriali presenti in regione, senza per questo farli coincidere ad esempio con la mastodontica area della ATS metropolitana). Nella fase due sarà necessario provvedere ad un robusto sostegno a favore del terzo settore, anche applicando in maniera convinta le salvaguardie occupazionali e professionali che sono indicate dall'art.48 del Cura Italia. Tutto questo come? Accettando **flessibilità nell'uso delle risorse** (interno alla relazione comuni/ terzo settore) e **diversificando per quanto necessario le prestazioni professionali** adattandole ad un nuovo contesto. Occorre ottenere un risultato che tenga insieme contemporaneamente velocità negli interventi e pieno rispetto della legalità.

Sul fronte del sociale ci immaginiamo di individuare una diversa governance tra sociale e sociosanitario/ sanitario **torlando a dare ai comuni e ai sindaci presenti nei diversi livelli di rappresentanza un peso che oggi risulta meramente "consultivo"**. Ci servono meno "aziende" (non è una questione numerica ovviamente, ma culturale) e più comunità. Abbiamo bisogno di enti locali maggiormente "competenti" in materia sociale e sociosanitario al fine di bilanciare meglio la relazione Regione/comuni in area welfare

10. NON DIMENTICHIAMO CHE...

- **La l.r. 23/2015 non è stata impugnata di fronte alla Corte costituzionale in quanto definita un “Modello sperimentale di riordino del SSR”** e quindi subordinata ad un periodo di verifica dei risultati della stessa. A prescindere dall'avvenuta scadenza del periodo di sperimentazione senza che sulla legge si sia mai fatta una relazione dettagliata sui risultati, appare evidente che i limiti e le impercorribilità degli assetti di sistema introdotti dalla l.r. n.23 del 2015 siano emersi con evidenza in relazione alla mancata tenuta del SSR nell'affrontare l'emergenza COVID-19
- **La proposta di Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023** (scritto prima dell'emergenza COVID 19 che ha determinato una rapida modifica del contesto epidemiologico, un forte stress al SSR e che determinerà cambiamenti nella sua organizzazione) attualmente ancora oggetto di audizioni e discussioni in Commissione, si ritiene debba essere ritirato e rivisto alla luce delle conseguenze e delle evidenze occorse nell'attuale situazione.

A titolo esemplificativo nel testo di PSSR deve essere eliminato il riferimento al blocco dei costi del personale ai sensi della legge 135/2012, anche al fine di garantire il reintegro del personale sanitario presente nel 2010 per quanto riguarda i Dipartimenti di Igiene e prevenzione sanitaria e di Cure primarie ed i Presidi ospedalieri (in particolare per le aree dell'emergenza/urgenza), ed infine la stabilizzazione del personale sanitario assunto nella fase emergenziale previa verifica delle performance dimostrate prevedendo anche una migliore gestione delle professionalità infermieristiche e una valorizzazione in base alle loro specializzazioni, fino ad ora non riconosciute a livello contrattuale, ma solo in base ad accordi aziendali.

- L'aggiornamento del **piano pandemico regionale risale al 2011**, ad opera dei Dipartimenti di Prevenzione, è evidente che vada considerata l'opportunità di riprendere il vecchio piano ed aggiornarlo, se non addirittura prevederne una nuova stesura
- Quella attuale è una fase di transizione che richiede **un'attenta gestione e controlli, anche maggiori, rispetto all'insorgenza di nuovi possibili focolai epidemici**, segnalati dall'aumento degli indicatori in una determinata area. Preoccupa tuttavia il fatto che il sistema lombardo ha dimostrato di non essere pronto, sotto il profilo della prontezza e della capacità di intervento, a causa di indicazioni politiche frammentarie e inadeguate. È quindi necessario tenere sotto attenta verifica il sistema di sorveglianza in Lombardia al fine di monitorare l'andamento dell'infezione, isolare e controllare i nuovi casi ed i loro contatti, anche adottando misure di contenimento dei territori per impedire la ripresa dell'epidemia e il ritorno della Lombardia alla fase 1.
- Si ritiene importante prevedere una qualsiasi forma di **salvaguardia**, a livello nazionale, **dell'operato del personale sanitario** al fine di affrontare, con i mezzi messi loro a disposizione, l'aggressione della Pandemia, ma si ritiene di dover **rigettare qualsiasi tentativo di fornire uno scudo per coloro che non hanno fornito strumenti e protocolli.**

Milano, 3 Maggio 2020

Per contatti:

Piera Mercedes Landoni (Responsible Dipartimento Salute e Welfare PD Milano Metropolitana)
Cell. 3405554580
pieramercedeslandoni@gmail.com