

# MILANO ITALIA

Sabato 16 maggio 2020

## TAVOLO SANITA' E WELFARE

### PAROLE CHIAVE DELLA DISCUSSIONE

1. CATENA DI COMANDO
2. Sistema integrato e di COMUNITÀ.
3. SBUROCRATIZZAZIONE
4. REVISIONE del Modello Sanitario lombardo (l.r. 23/2015)
5. MEDICINA TERRITORIALE
6. INVESTIMENTI su Personale, Innovazione, Ricerca, Assistenza territoriale
7. SORVEGLIANZA E PREVENZIONE (anche nelle scuole)
8. COMUNICAZIONE TRASPARENTE

### PREMESSA

La pandemia, che ancora miete vittime nel nostro Paese (che da solo conta il 10 % dei decessi mondiali e, di questi, La Lombardia ne registra più della metà) rappresenta tuttora uno stress test. Un banco di prova eccezionale che ha messo in evidenza:

- Un collegamento evidente fra contagio, letalità, efficacia della risposta e organizzazione sanitaria
- Il fallimento di un sistema sanitario basato sulla logica della parcellizzazione della risposta al bisogno e la necessità di ragionare in una logica di sistema integrato e di comunità
- L'importanza di una visione strategica nella programmazione e nella catena di comando

La cosiddetta “Fase 2” (nella quale persistono tutte le problematiche sanitarie della Fase 1 in una situazione di allentamento del contenimento al fine di ovviare alle necessità di carattere economico finanziario) rappresenta quindi un eccezionale momento di fluidità da impiegare utilmente **per rimodellare il sistema sanitario nazionale e regionale immaginando nuovi assetti all'altezza della sfida di un mondo connesso e permeabile, come ci ha ampiamente dimostrato il virus**

### 1. RISPETTO ALLE QUESTIONI AFFRONTATE E AI TEMI EMERSI, PROPOSTA CONCRETA AL GOVERNO

- Le numerose situazioni conflittuali generatesi nella gestione di questa emergenza, non solo in materia di sanità, ma anche di sicurezza dei cittadini, la frammentazione dei campi di intervento tra Stato e Regioni, la lotta fra decreti governativi ed ordinanze regionali e comunali, financo 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, hanno alimentato un clima di incertezza che non ha sicuramente giovato all'efficacia delle misure adottate di volta in volta. Avendo attenzione a non confondere tra governo dell'emergenza e ripartizione delle competenze in materia di politiche sanitarie in via ordinaria, ci auguriamo che **l'Italia sappia usare le risorse dell'Unione Europea, dal MES al Recovery Fund, anche per aprire un dibattito ampio sui nostri assetti istituzionali che porti ad un riequilibrio dei poteri tra Stato e Regioni nella attribuzione delle materie di rispettiva competenza per il rilancio e il potenziamento del nostro**

## **Servizio Sanitario Nazionale e un riorientamento verso un deciso sviluppo della medicina di comunità.**

- 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 metà percorso e alla fine dello stesso (agosto 2020). A prescindere dalla metodologia utilizzata per misurarne l’efficacia e la legittimità, appare evidente che **i limiti e le impercorribilità degli assetti di sistema introdotti dalla l.r. n.23 del 2015 siano emersi con evidenza**, prima dell’evento pandemico, in relazione al fallimento totale della presa in carico delle persone con cronicità (in Lombardia 3.250.000 cittadini) e oggi, alla luce della mancata tenuta del SSR nell’affrontare l’emergenza COVID-19.
- 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**.
- **Nuovo Piano Pandemico Nazionale**
- Alla luce del pesante tributo, in termini di vite umane, pagato dalle persone anziane all’interno delle Residenze protette che le ospitavano, occorre ripensare del tutto la natura di questi presidi, a partire da una riforma a livello nazionale, al fine di collegare in maniera diretta Rsa e domiciliarità delle persone fragili in un nuovo **Piano della non autosufficienza**. 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. 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

## **2. RISPETTO ALLE QUESTIONI AFFRONTATE E AI TEMI EMERSI, RICADUTA\ PROPOSTA SULLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO/MILANO**

- La l.r. 23/2015 ha tolto qualsiasi **ruolo ai Sindaci**, anche quelli, di carattere consultivo che avevano precedentemente. Si assiste in generale ad un arretramento dei servizi pubblici per le **dipendenze**, per la **Salute Mentale**, dei **Consultori** e, in generale si paga l’assenza di una **rete reale per il sostegno dell’età anziana**. Risulta fortemente penalizzato il ruolo e i rapporti con il **Terzo Settore**. Necessità di riscrivere questa legge anche per la parte delle relazioni tra sociale, sociosanitario e sanitario e ridefinire gli strumenti di governo periferici. Necessario quindi un nuovo protagonismo dei sindaci nel sociosanitario e nella programmazione locale, oltre che un rafforzamento delle **Reti assistenziali Territoriali**.
- **Un PRESST per ogni Municipio** che funzioni da vera interfaccia tra rete territoriale e Rete Ospedaliera per una reale presa in carico di una comunità territoriale, non “luoghi, ma territori di riferimento”

- **Sburocratizzare e velocizzare la macchina amministrativa per meglio rispondere ai bisogni, non solo per ripartire**

### 3. **RISPETTO ALLE QUESTIONI AFFRONTATE E AI TEMI EMERSI, RICADUTA\ PROPOSTA A REGIONE LOMBARDIA**

- 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 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**. Il possibile modello che ci consentirà di contenere nei prossimi mesi la diffusione del contagio dovrà puntare sul territorio: occorre, a tal fine, **potenziare i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione**, il coordinamento e l'organizzazione degli **MMG in forme associate**, ed il **completo avvio delle USCA** e dei PRESST (o Case della Salute) cui ricondurre le stesse USCA, pensare ad un più efficace **skill mix fra figure mediche e figure infermieristiche**. **Tutti questi soggetti andranno messi a sistema in modo che siano integrati far loro, con la specialistica territoriale**. Tutti questi interventi devono essere assolutamente integrati nel sistema di **rete HUB and SPOKE**.
- Necessità di **superare l'attuale ruolo delle ATS** che hanno girato a vuoto e le **difficoltà di governance verticale** proprie dell'assetto istituzionale lombardo, pensare un nuovo ruolo territoriale per **ASST (più piccole)** che coordinino ospedali, MMG riuniti in PRESST o Case della salute completi con potenzialità diagnostiche
- 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.
  - **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"
- Ripensare il **modello delle RSA** che si è mostrato fragile e poco tutelante.
- riorganizzando le terapie, anche domiciliari e telemedicina, assistenza domiciliare e telemedicina punti centrali.
- Restituire attenzione alle **cure mancate (ONCOLOGIA, CARDIOCHIRURGIA, ecc)** nel periodo

dell'emergenza per rimettere a sistema priorità, assistenza, diagnosi e smaltimento liste d'attesa

#### **4. INDICARE, IN GENERALE, TRE IDEE, PROPOSTE, SUGGERIMENTI CONSIDERATI UTILI ED IMPORTANTI PER IL PASSAGGIO DALLA FASE 2 ALLA FASE 3**

- 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.

Mettere a punto un sistema di mappatura e di lettura uniforme e trasparente significa tenere conto di tutte i soggetti che compongono le comunità, come ad esempio le persone disabili o i portatori di patologie particolari che più di altri sono stati penalizzati nelle fasi 1 e 2.

Occorre quindi **accelerare attraverso gli strumenti di diagnostica e quelli informatici la realizzazione di tale mappa e il suo continuo aggiornamento**. 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**.

- **Comunicazione istituzionale chiara e trasparente**. Requisito indispensabile per assumere le decisioni più efficaci ed essere pronti a cambiare rotta, se necessario, come ci ha tristemente insegnato questa Pandemia
- 

**PER INFORMAZIONI:**

**DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE PD METROPOLITANO**

[pieramercedeslandoni@gmail.com](mailto:pieramercedeslandoni@gmail.com)

cell. 3405554580