

## **DOPO LA COVID 19 RILANCIARE L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**

Il riesame del sistema di assistenza territoriale non può prescindere da un'analisi critica di quanto è avvenuto negli ultimi mesi poiché l'evento ha colto del tutto impreparati le istituzioni, il sistema sanitario, i servizi sanitari regionali.

Sarebbe auspicabile trarne insegnamento per il futuro e andare alla ricerca di soluzioni che, spogliate da pregiudizi ideologici e da puri interessi mercantili, rendano il sistema sanitario più resiliente a fronte di imprevisti di medesima natura che non si possono escludere in futuro; in questa prospettiva la rete territoriale dei servizi sanitari rappresenta la prima frontiera della prevenzione e l'antenna di allerta in presenza di stati epidemici

### **PARTE I**

#### **PIANO REGIONALE DI REAZIONE ALLA PANDEMIA**

Le pandemie fanno parte della storia umana e non rappresentano un evento inaspettato.

In passato la propagazione era rallentata da alcuni fattori quali ad esempio:

- la lentezza dei mezzi di trasporto che spesso portava al manifestarsi dello stato di malattia nel corso del viaggio e ciò consentiva di provvedere all'isolamento dei malati sullo stesso mezzo di trasporto o il ritorno alla base di partenza limitando le occasioni di contagio
- il numero contenuto di persone in condizione di fare grandi spostamenti
- la prassi, durante le grandi migrazioni del XIX secolo, di sottoporre i migranti a periodi di quarantena prima di permettere loro di entrare in contatto con la popolazione locale.

Nel mondo contemporaneo ogni giorno milioni di persone si spostano da un paese all'altro, da un continente all'altro nell'intervallo di poche ore e le probabilità di contatti a rischio sono amplificate in misura esponenziale.

Casi di pandemia si sono già verificati in anni recenti ed erano anch'essi riconducibili a zoonosi.

Quanto avvenuto con il virus SARS-CoV-2 era un evento prevedibile, cioè con una probabilità di manifestarsi diversa da zero; non si potevano certamente predisporre delle cure per una patologia sconosciuta ma si potevano adottare misure di sicurezza in vista del possibile presentarsi di una pandemia di vaste proporzioni e di elevata pericolosità per la rapidità di diffusione e per la gravità dei sintomi.

In questo senso gli eventi del 2003/2004 e del 2009/2010 (rispettivamente H5N1 e H1N1) dovevano costituire un campanello di allarme e mettere in guardia su potenziali rischi legati a una epidemia che avrebbe potuto mettere sotto stress il sistema sanitario.

Le ipotesi di lavoro che derivano dalla crisi indotta dalla pandemia in corso, potrebbero svilupparsi lungo due direttrici:

- come prepararsi a future possibili emergenze come quella in corso
- come riesaminare gli assetti della rete dei servizi sanitari e socio sanitari traendo insegnamento dalle presenti contingenze.

## **COME PREPARARSI A POSSIBILI FUTURE EMERGENZE**

Si è fatto cenno a eventi passati perché non siamo all'anno zero: le Regioni dovrebbero essere dotate di piani locali di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale fin dai primi anni del presente secolo; con gli opportuni adattamenti tali piani avrebbero dovuto rappresentare il canovaccio sul quale innestare il piano per far fronte alla pandemia di quest'anno.

Le varianti più rilevanti che presentano effettivamente elementi di novità sono sostanzialmente tre:

- l'inefficacia di farmaci antivirali già conosciuti e la necessaria cautela nel loro impiego per scongiurare mutazioni genetiche nel virus tali da rafforzarlo
- il grado di contagiosità (fattore  $R_0 > 2$ )
- l'assenza di un vaccino.

È evidente che non sarebbe stato possibile incidere su queste componenti ma non si è neppure provveduto ad assumere quelle misure che fin dall'inizio sarebbero state consigliabili ma sono state serenamente ignorate; non si può nascondere che la Regione Piemonte ha goduto di qualche giorno di vantaggio che non ha adeguatamente sfruttato tenuto conto che fin dal 31 gennaio il Consiglio dei Ministri aveva proclamato lo stato di emergenza a cui sono seguiti i drammatici eventi di Lombardia e Veneto e non vi erano validi motivi per supporre che il resto della nazione sarebbe stato al riparo dalla crisi.

Non è concepibile che si predispongano piani antincendio con relative esercitazioni, piani in previsione di catastrofi naturali o di altra origine con relative e coreografiche esercitazioni e che poi proprio la sanità si riveli impreparata ad affrontare le catastrofi sanitarie di origine biologica.

In analogia con quanto avviene per i grandi rischi industriali il piano per le emergenze sanitarie va definito a grandi linee non quando l'emergenza è in corso ma in via preventiva prima che questa si presenti con eventuali successivi adeguamenti quando l'evento si presenta e dopo che ne siano stati definiti i contorni.

Si richiamano elementi della pianificazione che fanno parte degli atti della Regione Piemonte e risalgono al 2009, pur nella loro genericità offrono degli orientamenti:

- regolazione dei flussi di informazioni
  - predisposizione di schede di segnalazione
  - indicazione di riferimenti recapiti e strumenti di comunicazione
  - diagnosi, notifiche e riclassificazione dei casi
  - uniformare i sistemi informativi per metterli in condizione di dialogare fra di loro con scambio e confronto dei dati disponibili
  - archiviazione dei dati
  - utilizzo di strumenti che impediscano la perdita di informazioni prima della loro archiviazione
  
- Identificazione dei casi sospetti
  
- Misure nei confronti dei casi sospetti
  - gestione delle persone che sviluppano sintomi a domicilio
  - trasporto dei pazienti in ospedale o in struttura diversa dal domicilio
  - Isolamento dei casi sospetti anche in strutture diverse dal domicilio abituale
  
- Gestione del caso sospetto al pronto soccorso e in reparto
  
- Gestione dei prelievi e delle procedure diagnostiche
  - A domicilio
  - In ospedale
  - Nelle strutture residenziali
  
- Definizione di procedure standard e provvedimenti da adottare per la gestione di:
  - persone asintomatiche che sono o sono state in contatto di caso sospetto
  - cure a domicilio e misure di sorveglianza relativa
  - cure in ospedale e misure di sorveglianza
  - diagnosi di laboratorio e riclassificazione del caso sospetto
  - caso probabile a domicilio
  - caso probabile in ospedale
  
- Misure di prevenzione
  - nei confronti dei casi probabili e confermati
  - nei confronti delle persone che sono entrate in stretto contatto con casi probabili
  - per la riduzione del rischio di trasmissione
  - per la protezione dell'operatore sanitario a casa del paziente
  - per la protezione degli operatori delle ambulanze
  - per la protezione degli operatori sanitari in ospedale
  - per la protezione del personale di supporto all'attività sanitaria ma non direttamente coinvolto nei processi di cura
  - per la riduzione del rischio nella popolazione
  
- Comunicazione e informazione

- Comunicazione interna al SSR: sistemi di comunicazione, struttura e organizzazione, recapiti.
- L'informazione agli operatori del SSR
- La comunicazione e informazione al pubblico e ai media da parte del SSR: a tale riguardo si dà atto del fatto che la puntuale condivisione dei dati relativi agli esiti dei tamponi avrebbe permesso al sindacato e agli altri stakeholders di migliorare le proprie analisi per individuare le zone più colpite, i modelli organizzativi più efficaci e per essere in condizione di formulare proposte circostanziate e incisive offrendo un contributo positivo alla soluzione dei problemi. La lentezza nello scambio delle informazioni e, in alcuni casi, la reticenza a fornirle, in particolare da parte delle RSA, hanno contribuito a minare il rapporto di fiducia con le istituzioni preposte alla salute pubblica. Sullo stesso tema si evidenzia che la preoccupazione di non seminare panico ha limitato la circolazione di informazioni e la capacità di reazione del personale con episodi assai discutibili di impedimento all'uso di dispositivi minimi di protezione individuale.

Il Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a una pandemia Influenzale prevede azioni chiave che per loro natura investono competenze regionali:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.
2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).
3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.
4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.
5. Predisporre un piano di formazione.
6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione ove per comunicazione si intende comunicazione istituzionale e non azione promozionale da parte dei politici.
7. Monitorare
  - l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio;
  - le capacità/risorse esistenti per la risposta;
  - le risorse aggiuntive necessarie;
  - l'efficacia degli interventi intrapresi;

Lo stesso piano individua degli obiettivi ai quali far corrispondere specifiche azioni:

- Ridurre al minimo il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia.
- Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali. All'obiettivo corrispondono due azioni, una in corso di pandemia che prevede la messa a punto di piani di emergenza per mantenere

i servizi sanitari ed altri servizi essenziali e l'altra che prescinde dall'emergenza che riguarda la predisposizione di un piano di formazione.

- Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico.
- Monitorare l'efficienza degli interventi.

Il Piano Nazionale assegna allo Stato questi obiettivi ma gli stessi sono da ribaltarsi sulle Regioni in riferimento alle loro competenze.

Se la priorità è garantire la continuità dell'assistenza sanitaria e il mantenimento dei servizi essenziali allora è indispensabile:

- assicurare il massimo di protezione possibile al personale sanitario e di assistenza in:
  - ospedali
  - strutture di assistenza e lunga degenza
  - ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta
  - distretti sanitari e servizi di sanità pubblica a contatto con il pubblico
  - servizi di ambulanze
  - laboratori clinici
  - farmacie
- attivare protocolli di sorveglianza attraverso
  - medici di medicina generale
  - pediatri di libera scelta
- monitorare
  - i casi di morte inattesa in strutture di ricovero e cura
  - le impennate di accessi ai Pronto Soccorsi e di ricovero per casi con diagnosi incerta.

Un ruolo fondamentale è assegnato ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta nel segnalare variazioni significative sulla frequenza di particolari sintomi o dell'assenteismo lavorativo e sulla presenza di anomalie in aree con presenza di bestiame. siti selezionati (per esempio grandi fabbriche, allevamenti avicoli e scuole ubicati in diverse aree del paese).

Fino al momento in cui l'assenza di vaccini non consente una protezione attiva l'unica risorsa disponibile è dotare tutte le figure che hanno attinenza con attività sanitarie dirette o indirette di tutti i più opportuni dispositivi di protezione individuale e, vista l'esperienza di questi mesi, la dotazione di scorte deve precedere lo scoppio della pandemia.

La campagna formativa del personale dovrebbe investire prioritariamente chi riveste incarichi di responsabilità: non è immaginabile che in futuro sia nuovamente messa a rischio la salute del personale per *“non diffondere il panico tra gli utenti”* come qualcuno si è permesso di dire per lungo tempo in centri di ricovero e cura; a tutti dovrebbero essere fornite informazioni esaustive sull'entità del rischio quando questo sia conosciuto

e sulle misure preventive da adottare per la protezione personale e delle persone con le quali si viene a contatto all'affacciarsi di una epidemia sulla quale sono carenti le informazioni di dettaglio. Si dovrebbe evitare in futuro che si ripetano gli episodi di contagio da contatto a carico del personale sanitario avvenuti già in occasione dell'emergenza da HIV: il comportamento standard dovrebbe prevedere la massima protezione sul presupposto che chiunque potrebbe essere fonte di contagio.

Altre misure non sono da applicarsi a livello individuale ma devono incidere sui sistemi organizzativi:

- allontanare dai servizi sanitari tutto il personale del quale non è strettamente richiesta la presenza con
  - il ricorso al lavoro a distanza ove possibile tenendo conto del patrimonio di conoscenze che richiedono lo scambio interpersonale che il telelavoro inevitabilmente limita;
  - la messa in disponibilità quando il lavoro a distanza non è applicabile;
- predisporre percorsi distinti per separare contagiati certi e probabili dal resto della popolazione che circola nei presidi sanitari;
- separare zone calde e fredde;
- predisporre aree di decontaminazione;
- definire dei protocolli di comportamento da applicare in caso di allarme epidemico;
- prevedere forme sostitutive alla somministrazione dei pasti in mense collettive.

La medesima attenzione va riservata al personale addetto ai servizi essenziali alla sicurezza e all'emergenza come ad esempio:

- polizia municipale e altre forze di polizia locale
- persone addette ai trasporti pubblici essenziali
- persone che effettuano il trasporto di prodotti di prima necessità
- lavoratori dei servizi di pubblica utilità

Cautele particolari vanno adottate verso persone a elevato rischio di complicanze severe o fatali a causa della pandemia: nella categoria sono presenti i gruppi di popolazione che sono identificati nelle raccomandazioni per la annuale vaccinazione contro l'influenza.

Se nella situazione attuale fossero state individuate strutture alberghiere per l'isolamento dei pazienti meno gravi, per ospitare gli operatori sanitari e isolarli temporaneamente dal resto della popolazione si sarebbe dato un concreto e serio sostegno all'industria turistica a fini di pubblica utilità invece di ipotizzare sussidi a fondo perduto con costi certi per lo Stato e scongiurando ipotesi di infiltrazioni della criminalità organizzata nella fruizione dell'aiuto pubblico. Un piano per far fronte a una emergenza epidemica o pandemica dovrebbe contemplare anche queste ipotesi certamente meno costosa della moltiplicazione di posti letto ospedalieri che presenta due criticità: o servono in permanenza e quindi non saranno disponibili nel momento emergenziale oppure servono esclusivamente a quello scopo e quindi rappresentano un immobilizzo di capitale che il sistema non si può permettere.

Appare legittimo il dubbio che molte delle contraddizioni riscontrate tra tamponi negativi, poi positivi sullo stesso soggetto non siano dovute a improvvisa evoluzione ma piuttosto a

imperizia nella somministrazione del test: possibile che personale privo di addestramento e di manualità abbia involontariamente contribuito a falsare la prova.

Non ci attardiamo a contribuire alle polemiche legate alla selezione dei casi che sono stati sottoposti a tampone ma sarebbe il caso, per il futuro, di curare con maggior attenzione le caratteristiche della popolazione da sottoporre a test: una gestione eccessivamente sanitaria tende a privilegiare questi test a scopo esclusivamente diagnostico mentre sarebbero utili campionature che consentano di avere un quadro generale più approfondito sulla diffusione del fattore infettante tra la popolazione.

Un ulteriore aspetto da considerare per il futuro è se la lentezza iniziale per avere gli esiti da tampone sia stata determinata dal numero insufficiente dei laboratori di analisi o dalla difficoltà nel reperire i reagenti: le due ipotesi hanno impatto decisamente diverso sui costi da sostenere per la futura prevenzione e sulle azioni da intraprendere per predisporre risposte adeguate.

Il fatto che sia stato necessario ricorrere a centri privati dimostrerebbe che la soppressione e conseguente riduzione di laboratori analisi abbia contribuito a rallentare l'acquisizione dei risultati, c'è da valutare tuttavia l'opportunità di attivare centri di costo permanenti per affrontare situazioni temporanee o se non sia più utile orientare le spese di investimento verso strutture utilizzabili con continuità.

In ogni caso nelle fasi emergenziali vanno definiti protocolli standard ai quali uniformare sia le strutture pubbliche quanto quelle private.

Si dovrebbe uscire dall'indeterminatezza nell'individuare la figura professionale destinata alla richiesta di esami per l'accertamento della presenza dell'infezione (in questo caso i tamponi, in altre circostanze altri esami specifici)

Per il futuro andrebbero superate

- la confusione generata dalla perdita di dati e di informazioni;
- le continue variazioni sulla durata dei tempi di quarantena.

A crisi conclusa, non si dovrebbero sottacere gli eventuali livelli di responsabilità che hanno generato perdita di risultati diagnostici e di informazioni essenziali: non è pensabile che un sistema di comunicazione di dati essenziali non abbia capienza sufficiente per immagazzinare le informazioni che riceve.

Un piano razionale dovrebbe definire le azioni di competenza di ciascun attore per evitare interferenze, moltiplicazione di interventi, inutili sovrapposizioni, contatti non necessari.

Il diario clinico dovrebbe essere caricato su base informatica al momento della prima visita che dovrebbe essere esaustiva e completa senza richiedere passaggi successivi al solo scopo di integrare i riscontri diagnostici con indagini di routine (nel caso nostro il tampone).

Al presentarsi del caso sospetto dovrebbe essere immediatamente attivato l'isolamento fiduciario in attesa di definitiva conferma e si dovrebbero dare subito istruzioni di comportamento ai nuclei familiari affidando ai sindaci la vigilanza sul rispetto delle disposizioni impartite.

## PARTE II

### RIESAMINARE GLI ASSETTI DELLA RETE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI

#### UNA PIÙ ATTENTA ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Il Distretto sanitario è la base sulla quale costruire la centralità della medicina territoriale, va però sottolineato che il territorio distrettuale non è una entità astratta ma si inserisce in un contesto di relazioni tra Enti istituzionali e servizi pubblici di diversa natura.

Sarebbe auspicabile incoraggiare la convergenza all'interno del medesimo territorio di alcune funzioni sociali di pubblico interesse, in particolare i servizi socio assistenziali, i servizi sociali a valenza sanitaria come i sostegni alle famiglie con la presenza di disabili e alla quali è offerta assistenza domiciliare ma rientrano in questa dimensione anche i servizi per l'impiego, le azioni di sostegno al reddito patrocinate dai Comuni e le iniziative locali per l'impiego del Fondo Sociale Europeo.

È chiaro che vanno rispettate le prerogative costituzionali riconosciute ai Comuni ma ciò non toglie la necessità di fare ogni sforzo, compresi strumenti incentivanti, per costituire unità territoriali più omogenee delle attuali.

In questa ottica va promossa la partecipazione delle popolazioni locali attraverso le strutture associative alle scelte di incidenza sociale e va sollecitato il responsabile esercizio del proprio ruolo da parte dell'assemblea dei Sindaci nell'Azienda Sanitaria e nel Distretto Sanitario.

#### UNA ASSISTENZA TERRITORIALE PIÙ INCISIVA

La revisione del sistema di assistenza territoriale secondo la nostra opinione dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- Rappresentare la prima linea del rapporto tra persona e sistema sanitario
- Rispondere alla domanda di salute che non richiede il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione.
- Essere credibile ed affidabile per stabilire un rapporto di fiducia tra persona e sistema sanitario anche per scongiurare il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato
- Essere sufficientemente snello e flessibile per adattarsi a situazioni sociali, famigliari e patologiche diverse

La messa in discussione del sistema organizzativo attuale del Servizio Sanitario Regionale non può prescindere da alcuni dati di fatto presenti nella nostra società e deve portare a soluzioni che siano compatibili con una serie di fattori quali:

- il progressivo ma costante invecchiamento della popolazione
- l'incremento di patologie croniche
- il combinato età - cronicità con la correlazione tra l'età avanzata e la presenza di una o più malattie croniche a carico dello stesso soggetto
- l'impossibilità pratica di istituzionalizzare tutti i soggetti che, pur presentando l'esigenza di assistenza regolare e costante, non necessitano strettamente di



assistenza sanitaria continua quanto piuttosto di una rete assistenziale che garantisca una qualità di vita accettabile sotto ogni profilo

- le modifiche demografiche che hanno portato all'incremento del numero di famiglie mononucleari nelle quali non è possibile fare affidamento sulla rete familiare per fare fronte a necessità elementari come il soddisfacimento di bisogni primari quali:
  - l'alimentazione
  - l'igiene personale
  - la somministrazione regolare di farmaci
- la necessità di individuare dei percorsi di cura che contribuiscano alla riduzione delle strozzature nell'accesso ai servizi ma che nello stesso tempo consentano a tutta la popolazione di ricevere le prestazioni più adeguate alla loro condizione di salute.
- Implementare l'integrazione dei medici di medicina generale nel sistema sanitario territoriale valorizzando la loro prossimità alla popolazione e la capacità di cogliere le variazioni di domanda di salute.
- Dare contenuto e senso alle "Case della Salute" o, indipendentemente dalla denominazione, a centri di assistenza prevalentemente dedicati alla cura delle cronicità e capaci di intercettare i codici bianchi prima del loro arrivo nei dipartimenti di emergenza.
- Ridefinire la correlazione tra assistenza domiciliare e istituzionalizzazione preferendo la prima rispetto alla seconda con interventi che rendano sostenibile la domiciliazione per un numero di casi superiore all'attuale.
- Generalizzare l'uso della cartella clinica informatizzata e, in relazione con essa, uniformare i sistemi informativi della sanità piemontese per renderli reciprocamente compatibili.
- Dare un serio impulso alla telemedicina per quanto riguarda le diagnosi a distanza, la trasmissione dei parametri fisiologici e la lettura dei referti.
- Integrare le funzioni sanitarie e quelle socio assistenziali, pur nella distinzione delle competenze e dei diversi capitoli di spesa, per dare risposte coerenti alla necessità fare fronte a bisogni di salute che non sempre trovano risposte di natura esclusivamente sanitaria:
  - Dare copertura economica ai costi a carico del cittadino quando questi non vi può fare fronte autonomamente
  - Affiancare alle prestazioni sanitarie quelle di natura sociale con particolare riferimento
    - ai disabili
    - alla salute mentale
    - al fatto che la presenza di un'alta percentuale di popolazione anziana fa emergere nuovi bisogni e perché l'età avanzata si accompagna a una di vita non solo vegetativa ma sia qualitativamente accettabile:
      - contrastare la solitudine assicurando la possibilità di mantenere delle relazioni sociali
      - rallentare i processi di invecchiamento stimolando la conservazione delle facoltà intellettive quando non siano compromesse da uno stato patologico preesistente

- mantenere una forma fisica accettabile compatibilmente con l'avanzare dell'età e il deterioramento delle capacità motorie

Osserviamo con preoccupazione la graduale riduzione della spesa per la sanità pubblica e il contestuale aumento di quella privata oppure la precarizzazione di molti lavori legati alla sanità, fenomeni che trovano conferma nel recente Rapporto della Corte dei Conti, del quale condividiamo anche la conclusione: è necessario incidere sulla capacità progettuale delle Amministrazioni, per mantenere costante un'attenta verifica sulla qualità della spesa sanitaria. Crediamo che le nostre proposte vadano proprio in questa direzione: suggerire delle priorità sulle quali concentrare l'auspicabile aumento della spesa sanitaria pubblica nei prossimi anni.

### **RIQUALIFICARE LA SPESA DELLA MEDICINA TERRITORIALE**

Il progetto non può prescindere dai risvolti economici.

In particolare per quanto riguarda la medicina territoriale è giusto riconoscere che, con il tempo, la quota di spesa sanitaria a favore del territorio è cresciuta superando in termini percentuali quella destinata ai presidi ospedalieri tuttavia occorre un ulteriore sforzo in due direzioni: da una parte aumentare il finanziamento generale al servizio sanitario pubblico, dall'altro qualificare diversamente la spesa incrementando ulteriormente il finanziamento al territorio e all'interno di questo modificare la qualità della spesa; infatti le maggiori risorse finiscono a copertura della spesa farmaceutica e delle rette di ricovero in RSA e RAF mentre ancora oggi il Piemonte è in arretrato nell'implementazione delle cure domiciliari alle quali vanno assicurate maggiori risorse distinte da quelle che coprono i costi delle RSA

In merito alla spesa farmaceutica si suggeriscono alcune azioni quali:

- Scorporare la spesa farmaceutica dal budget della medicina territoriale; Incrementare, in particolare per la cronicità, il ricorso alla somministrazione attraverso i canali del servizio sanitario con acquisti centralizzati (sull'esempio delle farmacie ospedaliere)
- Nei casi in cui ciò sia possibile fornire ai pazienti quantitativi di medicinali corrispondenti alle necessità di cura che spesso non trovano riscontro nei confezionamenti destinati alla vendita al pubblico.
- Incentivare l'uso dei farmaci generici.

### **RIVALUTARE IL RUOLO DELLE FIGURE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

L'esperienza di questi mesi ha riportato al centro le figure professionali della sanità, non soltanto per la scarsa attenzione prestata alla protezione delle figure sanitarie e del personale del sistema sanitario impegnati in prima persona a contrastare il virus ma anche perché le circostanze dovrebbero essere di stimolo per rivederne la funzione in una prospettiva di ridisegno del sistema

### **I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

Va rivisitata la posizione dei medici del territorio in convenzione con il Servizio Sanitario. Questi possono assumere un ruolo che va ben oltre la funzione di "prescrittori", sia come

fulcro fondamentale per una medicina del territorio che va al paziente non istituzionalizzato, sia come antenne del sistema sanitario, capaci di cogliere per primi le anomalie che possono manifestarsi attraverso i sintomi dei pazienti e che, se segnalate all'interno di un sistema informativo efficiente, possono in futuro far emergere in anticipo le avvisaglie di eventuali nuove situazioni epidemiche.

### **L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA / COMUNITÀ**

La scheda 8 del Patto per la Salute 2019 2020 tra Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano introduce alcuni principi di particolare interesse per l'assistenza territoriale: da una parte assume la corresponsabilità di Comuni e Servizio Sanitario Nazionale nell'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria e socio sanitaria, dall'altra promuove la maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Questa linea d'indirizzo è accompagnata dal riconoscimento del ruolo che assume l'assistenza infermieristica di famiglia / comunità per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

L'esperienza risale a oltre venti anni fa e nasce in Friuli, concilia gli aspetti tradizionali dell'assistenza con quelli di natura relazionale e si colloca come cerniera tra le necessità di natura sanitaria e quelle di natura sociale che confluiscono sulla stessa persona.

Questa figura introdotta nel sistema di assistenza territoriale può farsi strumento per il superamento di alcuni casi di istituzionalizzazione del paziente in quanto si fa carico sia delle esigenze e dei problemi dello stesso, sia di quelle del care giver.

Il potenziamento della presenza delle professioni infermieristiche è decisivo per lo spostamento del baricentro della sanità dall'ospedale al territorio, è perciò necessario l'incremento della dotazione di infermieri stabilmente dipendenti del SSN.

### **ASSEGNI DI CURA**

Le cure domiciliari in Piemonte coinvolgono una minoranza ristretta di utenti, non è estraneo il fatto che il volume di prestazioni offerte è limitato e gli aspetti non strettamente sanitari sono scarsamente considerati se non del tutto ignorati.

Un incentivo per le famiglie sarebbe rappresentato dal ripristino degli assegni di cura; in tempi di "Piano di Rientro" se ne poteva mettere in discussione l'opportunità, in condizioni normali tutto dipende dalla volontà politica degli amministratori regionali infatti nulla vieta che il fondo sanitario basato sulla quota capitaria venga integrato con ulteriori risorse proprie della regione finanziate attingendo al bilancio ordinario.

### **PROMOZIONE E POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

Gli strumenti tecnologici disponibili sono tali da rendere appetibile la permanenza nell'abitazione di molti casi che ora trovano risposta in varie forme di ricovero non per impossibilità tecniche ma per inadeguatezze organizzative e per la carenza di prestazioni erogate a domicilio.

Non si può pretendere il successo del ricovero a domicilio quando per qualunque necessità non è il servizio ad andare al paziente ma questi è costretto a inseguire il servizio come ad esempio:

- diagnostica strumentale
  - ECG
  - Radiografie di arti
- Visita specialistica
- Fisioterapia
- Logopedista
- Terapia iniettiva in vena e in muscolo
- Prelievo
- Medicazioni.

Dal 2015 e negli anni seguenti, in applicazione della relativa intesa Stato – Regioni sono state previste le AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure primarie), a seguire è stato attivato il progetto di attuazione delle Case della salute in continuità con i Centri di Assistenza Primaria richiamati fin dalla Deliberazione della Giunta Regionale 28 febbraio 2011, n. 44-1615 *“Adozione dell’Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191”*.

Ciò dimostra che da oltre dieci anni si è assunta la consapevolezza dell’opportunità di una profonda rielaborazione dell’assistenza territoriale.

Perno attraverso il quale coinvolgere i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta è un accordo con questa categoria di professionisti che meglio definisca la distribuzione dei poteri e degli impegni ricorrendo agli strumenti contrattuali disponibili compresi gli strumenti di incentivazione previsti.

In Piemonte esistono più modelli di Case Salute/ Centri di Assistenza Primaria in attività con buoni risultati che possono essere assunti a modello per le nuove realizzazioni.

Risulterebbe anche che il numero di medici associati in medicina di gruppo sia superiore al 60% del totale ma il problema non è conoscere il numero degli studi associati quanto piuttosto dare un senso a queste associazioni per renderle funzionali agli obiettivi di salute della Regione anche attraverso le leve di incentivazione sopra richiamate.

#### **I POLI DI ASSISTENZA SANITARIA**

Comunque siano chiamati (Case della salute, CAP) possono rappresentare un’effettiva risorsa per il territorio e una autentica alternativa ai ricoveri ospedalieri impropri a condizione che dimostrino di riuscire a dare risposte concrete alle domande della popolazione.

Perché ciò avvenga devono dimostrare la loro efficacia di reazione alle piccole emergenze ed essere perciò dotati di tecnologie e di personale utili a questo scopo come ad esempio:

- strumentazione Rx
- centro prelievi con orari h 12
- sala gessi per far fronte a traumi di lieve entità

- sala chirurgica per piccole emergenze come suture e altri interventi scarsamente invasivi
- prestazioni ambulatoriali comprese terapie in vena
- sorveglianza sanitaria

Pur nel rispetto della loro autonomia professionale va rivisto il ruolo dei MMG inquadrato nei poli sanitari perché proprio la recente esperienza ha dimostrato come siano stati carenti i controlli sugli assistiti in quarantena, compresi quelli a distanza e come sia mancato il monitoraggio delle situazioni in evoluzione: non è immaginabile che in una futura situazione di crisi la presenza di più giorni consecutivi di festività faccia mancare totalmente i contatti tra operatori ASL e MMG per aggiornare la situazione sugli assistiti.

La pandemia ha dimostrato che sarebbe stato utile prevedere forme di reperibilità telefonica dei MMG di 7 giorni su 7 nella fase emergenziale per supportare i pazienti molto disorientati, prevedendo una evoluzione in forme più leggere nella routine quotidiana ma solo l'adesione a forme di collaborazione nel Polo Sanitario di territorio può portare a questo risultato.

Si deve rendere stabile e implementare la presenza delle USCA secondo le indicazioni che prevedono almeno un medico e un infermiere ogni 50.000 abitanti, disponibili 7 giorni su 7 per almeno 12 ore. L'entrata a regime delle Case della Salute ovviamente asseconda il processo di presidio h 24 del territorio.

Si sollecitano iniziative della sanità territoriale a sostegno dell'invecchiamento attivo, che agiscano su prevenzione e stili di vita per migliorare le condizioni di salute delle future coorti di anziani, per garantire una vita longeva e in salute, evitando di sovraccaricare il SSN.

#### **PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ**

Il Polo Sanitario dovrebbe rappresentare il punto di riferimento per la presa in carico delle cronicità presenti nell'ambito del Distretto Sanitario. Si rileva che, mentre per il diabete si sono conseguiti significativi risultati, non altrettanto avviene per le altre patologie che peraltro rientrano nel Piano Nazionale Cronicità.

Tenuto conto che l'ISTAT segnala la presenza tra la popolazione Italiana di un 39% di persone affette da malattie croniche e che tali malattie sono presenti in una percentuale che supera l'ottantacinque per cento tra gli ultra settantacinquenni quando non ci si trovi di fronte a soggetti portatori di pluripatologie è facile comprendere che, dare una risposta organica a questo problema sul territorio alleggerisca il gravame sull'emergenza urgenza semplicemente perché si ridurrebbero notevolmente le situazioni limite.

La situazione piemontese è addirittura più pesante perché la popolazione portatrice di una malattia cronica arriva quasi al 41% e il circa il 20% presenta più patologie.

#### **LA QUESTIONE DEI TEMPI DI ATTESA**

Tempo fa e prima dell'esplosione dell'emergenza sanitaria, la Regione Piemonte aveva promosso un Piano di Recupero delle Liste di Attesa e un Piano sulla Cronicità. Chiediamo di verificare insieme i risultati ottenuti per riprendere un percorso che porti a un'apprezzabile

riduzione dei tempi di attesa per visite mediche e prestazioni diagnostiche e ad una corretta presa in carico dei pazienti cronici.

La sostanziale sospensione delle attività sanitarie ordinarie ha provocato l'accumulo di cinque/sei mesi di prestazioni ordinarie o, in diversa misura, differibili appesantendo un sistema già sotto stress prima della pandemia.

La risposta al problema non può essere limitata all'ampliamento delle prestazioni richieste alle strutture private accreditate perché l'accumulo riguarda anche settori tipicamente pubblici come le prescrizioni degli ausili protesici e la valutazione dei casi d'invalidità civile.

Le RSA rappresentano un caso particolare: la diffusione incontrollata del virus al loro interno oltre a provocare un numero inaccettabile di decessi ha diffuso una forte diffidenza sulla loro capacità di accogliere decentemente gli ospiti; ad oggi risultano non utilizzati numerosi posti letto con gravi ripercussioni sull'occupazione e con un generalizzato ricorso agli ammortizzatori.

La ripresa del settore passa attraverso il recupero di un rapporto di fiducia con i potenziali utenti che si è fortemente incrinato: devono essere attivati i processi di bonifica, di accertamento dei casi ancora attivi e sono necessarie azioni di assoluta trasparenza per capire appieno quanto è successo nel corso di questi mesi; non c'è tempo per attendere le risposte dalle azioni giudiziarie ma occorre dimostrare in concreto ai cittadini se oggi quelle strutture possano, o no essere considerate sicure.

## **SISTEMI INFORMATIVI E TRASMISSIONE INFORMAZIONI**

### Continuano ad essere carenti i sistemi di trasferimento

- delle informazioni sulla storia clinica dei pazienti ricoverati in ambiti ospedalieri esterni all'Azienda Sanitaria di appartenenza
- delle cartelle cliniche quando il ricovero avviene in altra Regione o, peggio, quando il ricovero si verifica nella Regione stessa ma in un contesto aziendale diverso.

Come avviene per la fornitura di presidi strettamente sanitari che possono spaziare dagli antisettici a poltrone e letti tecnologicamente avanzati, si suggerisce dotare i pazienti seguiti al domicilio, per il periodo di criticità, di supporti informatici portatili per scambiare dati ed informazioni sullo stato di salute da registrare direttamente in cartella clinica anche senza la necessità di un contatto fisico diretto.

Si coglie l'occasione per sottolineare che andrebbe riesaminato l'intero sistema di tracciabilità dei presidi sanitari che, inespugnabilmente, spesso risultano dispersi alla fine dell'uso.

La pandemia ha evidenziato tutti i limiti del sistema di comunicazione tra ospedale e territorio: medicina territoriale ed ospedaliera non dispongono di canali dedicati per lo scambio di dati clinici che permettano di seguire il paziente nella sua individualità durante il percorso terapeutico: ne trarrebbero vantaggio la velocità di risposta assistenziale e si ottimizzerebbe l'impiego delle risorse.

L'uso diffuso della ricetta elettronica ora in atto deve trasformarsi in pratica permanente.

Va data attuazione a quanto previsto nel Patto per la Salute 2019 2020 tra Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in merito al Fascicolo Sanitario Elettronico.

La tessera sanitaria da anni è dotata di microchip tuttavia l'unico elemento innovativo di uso abituale è il codice a barre per l'identificazione del paziente: devono essere accelerate le procedure per fornire la popolazione del Fascicolo Sanitario Elettronico accessibile, in caso di emergenza, a tutte le strutture sanitarie.

I data base sanitari contengono abbondanti informazioni personali e dati sensibili relativi ai pazienti è perciò incomprensibile il ritegno nell'attivazione di uno strumento agile e utile in particolare nelle situazioni che richiedono la rapida acquisizione di informazioni di natura sanitaria che lo stesso interessato non sempre è in condizione di dare

### **RIORDINO DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE RSA**

Nella fase pandemica le RSA hanno appalesato tutta la loro debolezza sia per errori gestionali, sia per le disposizioni contraddittorie in merito alla loro funzione di contrasto alle conseguenze del contagio. Si pone senza dubbio il problema di rivedere i parametri con i quali sono formate le dotazioni organiche e vanno messe in discussione le deroghe alle qualifiche professionali del personale e gli elementi che privilegiano il numero dei dipendenti alla competenze professionali richieste. Va attivato un processo di formazione per la riqualificazione del personale privo della qualifica di OSS.

Nello stesso tempo e su un altro versante è necessario:

- verificare lo stato di avanzamento della riforma delle IPAB, il cui riordino è stato previsto nella Legge Regionale 12/2017, quindi quasi tre anni fa;
- riprendere il processo di trasformazione delle IPAB che ancora non hanno risposto alle prescrizioni regionali. Ne andrebbe anche incoraggiata la fusione per costituire enti più solidi capaci di rispondere con maggiore flessibilità ai bisogni del territorio.
- Rinforzare la presenza in RSA di personale sanitario qualificato sia sul fronte infermieristico, sia su quello medico.
- Rivedere alcuni aspetti architettonici e le linee di flusso interne di personale, ospiti, parenti in modo da garantire, al presentarsi di emergenze assimilabili alla Covid 19, percorsi e ambienti che assicurino da subito l'isolamento dei casi sospetti

### **MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA CHE DIPENDE DALLE RSA (UTENZA E PARENTI)**

Ove ancora vige tale regola va abolito il rigido vincolo degli orari di visita nelle strutture: non ci sono elementi che dimostrino come gli accessi liberi possano creare difficoltà organizzative salvo per alcuni aspetti da considerare caso per caso e localmente (a titolo di esempio: terapie, pulizia e igiene personale dei ricoverati).

Le residenze per anziani, come gli ospizi per i poveri di e gli orfanotrofi di antica memoria, appartengono a istituzioni che, come il carcere, molti vorrebbero isolare dal resto della comunità: questo concetto va superato definitivamente. Esistono esperienze positive in tal senso all'estero dove in alcuni paesi le residenze per anziani risultano molto aperte verso il territorio: sono collocate nei quartieri accanto a centri per l'infanzia e a scuole, sono rese accessibili alla popolazione offrendo una idea di integrazione con il tessuto sociale. Casi simili non sono estranei alla nostra cultura poiché molte IPAB presenti nei piccoli comuni

sono nate proprio allo scopo di mantenere il legame tra persone ormai sole e il loro territorio di appartenenza; più modernamente da alcuni anni a Torino le manifestazioni di Settembre musica ampliano la loro presenza alle RSA disposte ad ospitarle.

Lo scambio tra l'ambiente circoscritto della RSA e il territorio sarebbe da incentivare e da trasformare da fatto episodico a prassi abituale.

Sarebbe particolarmente importante stimolare questo interscambio il più presto possibile per rafforzare l'immagine positiva delle RSA fortemente deteriorata nelle contingenze di questo ultimo anno.

Sempre in riferimento alla simbiosi tra RSA e territorio, tra i criteri per l'accreditamento, andrebbe valorizzata l'accessibilità alle strutture con i mezzi pubblici: non si può vietare a un privato di svolgere la propria attività imprenditoriale dove ritiene più opportuno ma la localizzazione in prossimità delle reti di trasporto pubblico potrebbe costituire motivo di preferenza nella stipula delle convenzioni.

Occorre impegnarsi a fondo per il superamento della contenzione fisica o farmacologica alle quali ancora oggi si fa ricorso in alcune strutture: non si può escludere che ciò sia dovuto anche a carenze strutturali di personale.

### **PARTECIPAZIONE E CONTROLLI NELLE RSA ACCREDITATE**

La normativa da oltre venti anni ha separato l'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie dall'accreditamento istituzionale, inteso come riconoscimento alle strutture pubbliche e private, che sono state precedentemente autorizzate, lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale in particolare con l'attribuzione alle strutture private della possibilità di svolgere funzioni proprie del Servizio Sanitario pubblico: la distinzione è importante perché comporta oneri diversi per le strutture autorizzate rispetto alle strutture accreditate e comporta anche diverse forme di controllo.

Per intenderci il controllo nei confronti delle strutture private autorizzate si limita alla verifica del rispetto delle norme di natura sanitaria, edilizia e alberghiera previste dalla normativa mentre alle strutture accreditate è richiesta la coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale; la rispondenza a requisiti ulteriori rispetto a quelli richiesti ai fini dell'autorizzazione e, per concludere, è richiesta la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti; si ha la sensazione che attualmente i controlli siano troppo blandi e inefficaci e si avanza pertanto la richiesta di rafforzarli e si chiede inoltre la redazione di un report periodico da presentare al tavolo sindacale confederale, di categoria e dei pensionati.

Si richiede inoltre di prevedere, attraverso atti normativi, la costituzione di organismi di consultazione e partecipazione al cui interno si possano discutere e concordare le decisioni prese nelle strutture che hanno incidenza sulla condizione dei ricoverati: chi vive in queste strutture non può continuare a essere percepito come un turista in transito in un albergo, deve essere considerato un cittadino residente a tutti gli effetti, con dei diritti riconosciuti anche in merito alle scelte che lo riguardano. Alcune esperienze al riguardo già esistono, si tratta di generalizzarle e dare riconoscimento formale a quelle esistenti.

Sarebbe utile inoltre l'istituzione di un numero verde per scambiare informazioni sulle strutture residenziali e per segnalare eventuali disfunzioni e difficoltà.



## **REVISIONE DEL REGIME DI REMUNERAZIONE DELLE RETTE**

Si sente l'esigenza di una tariffazione più puntuale che permetta di superare la distinzione tra strutture a basso, medio e alto livello di assistenza per evitare ai ricoverati il cambio della struttura quando le sue condizioni subiscono mutamento.

Ancor più che in passato le attuali circostanze hanno dimostrato l'inadeguatezza degli standard di assistenza previsti dalla DGR 45/2012 va però ribadito che le condizioni socio economiche attuali impongono il dovere di non incrementare gli oneri a carico delle famiglie, richiedono semmai un maggior impegno del sostegno pubblico.

In merito a ciò si richiama un elemento di natura non strettamente sanitaria ma è necessario procedere quanto prima a uniformare i criteri ISEE applicati dai diversi Enti preposti alla gestione dei servizi socio assistenziali

## **RELAZIONE TRA RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE DEI SERVIZI SANITARI**

Nel Servizio Sanitario pubblico potrebbe forse trovare giustificazioni un ritocco al rialzo del numero dei posti di ricovero ospedaliero, va però ricercato un corretto bilanciamento:

- Non sono più accettabili artifici (ospedali riuniti) per far sopravvivere presidi polverizzati che solo formalmente presentano un numero di posti letto superiore a 120 ma che di fatto non garantiscono assistenza adeguata
- La riduzione dei posti letto ospedalieri non ha avuto riscontro in un evidente incremento dell'assistenza territoriale e di quella domiciliare in particolare.
- Vanno ricercati strumenti efficaci per orientare i codici bianchi verso le Case della Salute compresi mezzi per operare un triage preventivo che anticipi il loro ingresso ai Pronto Soccorso e li indirizzi all'assistenza territoriale
- la recente esperienza ha dimostrato come in poco tempo si siano sovraccaricate le terapie intensive ma si deve dare atto che il numero di ventilatori di uso domiciliare è insufficiente anche nelle condizioni ordinarie

## **EDILIZIA DEL TERRITORIO**

Ci limitiamo a notare che dai rapporti IRES Piemonte risulta che le richieste di finanziamento per investimenti in edilizia sanitaria nelle previsioni degli anni 2014 - 2015 - 2016 presentavano un rapporto di 10 a 1 tra le destinazioni all'edilizia ospedaliera e all'edilizia territoriale, la forbice si riduceva a un rapporto di 5 a 1 nel 2018.

Tenuto conto che sia le strutture del territorio, sia le strutture ospedaliere sono per la maggior parte obsolete e necessitano di interventi di recupero non indifferenti appare chiaro come il territorio sia considerato la Cenerentola nel settore degli investimenti edilizi: con questi presupposti è difficile immaginare una promozione massiccia della presenza della sanità territoriale.