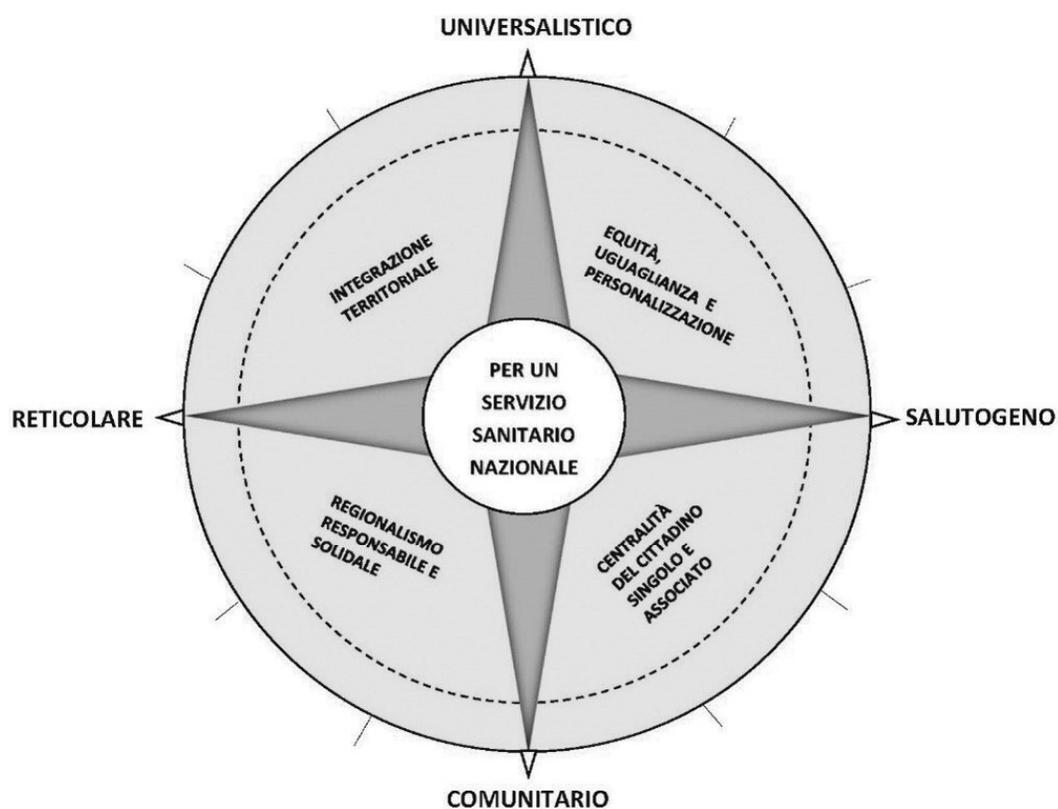


Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli



FrancoAngeli
OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

In copertina: elaborazione grafica dei curatori

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione. Un Libro Bianco perché, di <i>Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli</i>	pag.	7
I. L’impatto della pandemia da Covid-19 sul SSN		
1. I sistemi sanitari europei di fronte all’emergenza Covid-19: elementi di riflessione, di <i>Guido Giarelli</i>	»	13
2. Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza, di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	23
3. Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario, di <i>Valeria Quaglia, Marco Terraneo e Mara Tognetti</i>	»	31
4. La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA, di <i>Marco Arlotti e Michele Marzulli</i>	»	41
5. Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell’assistenza ospedaliera, di <i>Stefano Neri</i>	»	49
6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA, di <i>Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini</i>	»	58
7. Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia, di <i>Elena Spina</i>	»	67

8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione, di Arianna Radin	pag.	77
II. Linee strategiche per il rilancio del SSN		
9. Ambiente e promozione della salute, di Giorgio Osti e Marco Ingrosso	»	85
10. Il territorio e la salute di comunità, di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti	»	93
11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute, di Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina	»	99
12. L'innovazione digitale per la governance del SSN, di Monica Murero e Veronica Moretti	»	105
13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare, di Linda Lombi	»	110
Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN, di Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli	»	117
Notizie sugli autori	»	143

10. Il territorio e la salute di comunità

di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti¹

1. I fallimenti del sistema di cure primarie

L'emergenza pandemica ha messo in evidenza numerose e importanti falle nell'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie e delle azioni di care, nonostante la capacità di reazione dimostrata già a partire dagli esordi dell'epidemia. Le falle non riguardano esclusivamente aspetti organizzativi, ma si radicano nella difficoltà, di ordine innanzitutto culturale e politico, di intrecciare dimensioni sanitarie e sociali, individuali e comunitarie, istituzionali e interistituzionale in modo efficace, produttivo, protettivo. In particolare, e senza pretesa di esclusività, richiamiamo l'attenzione sull'evidente fallimento di interventi incentrati sul "paziente" inteso come prevalentemente "corpo malato", e non come "persona portatrice di bisogni"; sui ritardi e le resistenze a una compiuta integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale; sull'affanno della risposta dell'assistenza primaria ai bisogni dei pazienti, e ciò non per volontà degli attori, ma per la insufficiente implementazione di indirizzi di politica sanitaria presenti nel nostro sistema fin dalla l.833/78.

Si tratta, più in generale, del fallimento di una sanità strutturata a partire dall'offerta dei servizi di salute e non a partire dai bisogni, sanitari e sociali, delle persone e delle comunità, letti e interpretati in modo integrato. In buona sostanza, la crisi pandemica ha reso evidente che in Italia, seppur con tutte le differenze regionali esistenti, l'organizzazione della sanità ha finora interpretato il tema del "paziente al centro" e della "personalizzazione delle cure" come una rinnovata edizione dell'applicazione del paradigma biomedico.

¹ Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Carmine Clemente ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Michele Marzulli del par. 2, Angela Genova e Davide Servetti del paragrafo 3.

2. Quali le ragioni del fallimento?

L'esplorazione di questo stato di cose ripropone riflessioni già note al dibattito circa le ragioni che hanno influenzato le risposte fin qui poste in essere dal sistema sanitario e sociale.

In primis, richiamiamo l'attenzione sulla mancanza di una reale integrazione strutturale e organizzativa della medicina territoriale, e in particolare dei medici di medicina generale (MMG), nel sistema delle cure. Le già richiamate vicissitudini della riforma normativa della medicina territoriale sono soltanto alcuni dei fattori di tale mancata integrazione. Si tratta di una carenza che ha determinato, e determina ancora costi individuali e sociali rilevantissimi: pressione indebita sugli ospedali; scarsa continuità delle cure erogate a domicilio; senso di abbandono nelle persone malate di Covid-19 e di altre patologie, con la richiesta di ospedalizzazione come unica soluzione alternativa; elevato numero di personale sanitario, in particolare MMG contagiati e deceduti; numero rilevante di decessi.

Un'altra importante ragione risiede, a nostro avviso, in una strutturazione dei servizi per la salute e le cure cui è sottesa una rappresentazione che non prevede il riconoscimento della complessità e dell'importanza proprio della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, nel sistema delle cure. Gli indicatori di tale mancanza sono stati più volte denunciati: a titolo di esempio richiamiamo la carente riorganizzazione della medicina territoriale stessa, a cui non è estranea una certa resistenza al cambiamento organizzativo da parte delle rappresentanze della Medicina Generale, nonostante i ricorrenti tentativi di riforma (dal dlgs. 229/99 al dl. 158/2012); scarsi investimenti a livello regionale, numero elevato di pazienti per un crescente numero di MMG, mancanza di ricambio generazionale.

Anche la carenza del riconoscimento e dell'utilizzo della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, come "antenna dei bisogni" di salute, psicologici e sociali manifestati dagli abitanti dei territori e dagli appartenenti alle comunità, ha reso evidente i propri effetti nel corso della crisi pandemica. In molti territori essa si accompagna alla manifesta incapacità del livello politico e degli amministratori di integrare in modo sistematico il tema della salute in una visione ampia dei bisogni e delle risorse espressi dalle comunità.

In questa prospettiva, è il caso di ricordare alcuni elementi che concorrono a costituire il nucleo di una diffusa e stabilizzata rappresentazione riduttiva delle cure primarie. Si tratta infatti di cure che vengono spesso ritenute di minore importanza rispetto a quelle ospedaliere e specialistiche; incentrate sul paziente, visto come corpo malato, e non costruite per la persona portatrice di bisogni multipli; cure rappresentate come indipendenti dalla

loro dimensione sociale in cui ogni persona vive, opera, e costruisce la propria esperienza di salute e di malattia; dimentiche, infine, della rilevanza e della forza delle reti sociali, istituzionali e di comunità nel rispondere ai bisogni di salute espressi dalle comunità.

Più in generale, è rilevabile in tutto questo la forte sottovalutazione del distretto quale luogo della conoscenza e della “lettura” dei territori e delle comunità in termini di risorse, rischi, bisogni, così come della conoscenza delle basilari forme di funzionamento del sociale e della conoscenza delle modalità di relazione tra le istituzioni in generale e, in particolare, tra le istituzioni sanitarie e le altre istituzioni sociali.

3. Cosa fare per un sistema di cure primarie inclusive?

Come appare evidente, la crisi pandemica indica la necessità di introdurre un cambio di prospettiva, che possa incorporare i principi della *Primary Health Care* nel nucleo delle rappresentazioni riguardanti l’erogazione delle cure: 1. la salute come diritto fondamentale; 2. *comprehensive primary health care*; 3. potenziamento del distretto; 4. territorializzazione delle cure primarie; 5. politiche abitative ed educazione permanente; 6. case della salute; 7. partecipazione della comunità; 8. équipe e reti integrate di cure primarie; 9. cure primarie come disciplina accademica; 10. formazione e ricerca in cure primarie; 11. nuova forma contrattuale (Vedi Libro Azzurro della Campagna, 2018, *Primary Health Care: Now or Never*; e il movimento “Prima la comunità”).

3.1 La conoscenza dei territori

Innanzitutto, è necessario promuovere la conoscenza dei territori attraverso una costante e aggiornata mappatura dei bisogni, delle opportunità e dei rischi relativi a tutta la popolazione, con attenzione particolare ai bambini e alle bambine e alle persone anziane. Questo può essere realizzato utilizzando tutte le “antenne” disponibili: da quelle sanitarie – *in primis* utilizzando la vasta mole di conoscenze della vita quotidiana e dei bisogni dei cittadini posseduta dei MMG e dei PLS – a quelle sociali presenti in ogni territorio, spesso marginalizzate e non utilizzate in questo ruolo di interpreti dei bisogni e di risorse individuali e di comunità: la scuola e le attività educative extrascolastiche; il terzo settore e il volontariato; i servizi sociali, spesso percepiti come forma residuale di protezione sociale, per i quali è

necessario recuperare le funzioni di monitoraggio delle comunità e di promozione dell'*empowerment* delle comunità stesse.

3.2 Il capitale sociale di comunità

È necessario, inoltre, utilizzare il capitale sociale a disposizione per promuovere l'integrazione anche superando la visione esclusivamente interistituzionale e organizzativa dell'integrazione stessa. In quest'ottica, è imprescindibile riconoscere l'importanza del capitale sociale non esclusivamente come attributo individuale, ma anche come attributo delle comunità allo scopo di valorizzare ed eventualmente di promuovere la densità relazionale, protettiva degli individui e dei territori stessi, per intercettare i bisogni, compresi quelli di salute, e per dare loro risposta adeguata.

3.3. La partecipazione delle cittadine e dei cittadini

In questo quadro di auspicabile mutamento, in linea con quanto indicato a livello europeo, è necessario promuovere la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni in ogni territorio per l'individuazione e la lettura dei bisogni, dei rischi e delle opportunità, e per la costruzione delle risposte istituzionali e interistituzionali, con la conseguente valorizzazione del costante dialogo tra sistemi esperti e saperi laici, pratici ed esperienziali, e tra cittadini, istituzioni e amministratori. La "ricostruzione" non può prescindere dal coinvolgimento della comunità e dalla valorizzazione delle sue risorse se si vuole costruire un sistema territoriale di assistenza *inclusivo*. In questo modello la comunità è definita dalle risorse – reti relazionali, risorse personali, familiari e sociali, forme partecipate di dialogo aperto – che sono mobilitate in modo consapevole e sistematico dai pazienti come fattore chiave per raggiungere gli obiettivi di salute e benessere. «La Promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute»: questa nota raccomandazione contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, così come quanto suggerito dalla stessa OMS nella Carta di Bangkok del 2005, sottolineano il ruolo strategico della partecipazione della comunità nell'elaborare programmi destinati ad avere un impatto sulla salute.

3.4 Salute in prospettiva bio-psico-sociale

Infine, la crisi pandemica ci indica che è necessario costruire i temi di salute in una genuina visione bio-psico-sociale prospettica: non soltanto attenzione alla popolazione adulta e anziana e ai bisogni meramente sanitari, ma grande attenzione alla vita e alla struttura delle comunità e delle persone che in essa vivono, comprese le nuove generazioni, che per fortuna non esprimono importanti bisogni sanitari, e alla *next generation*. Ciò obbliga a ragionare in termini etici e di giustizia intergenerazionale, imponendo una sistematica riflessione sull'utilizzo corretto delle risorse per la salvaguardia dell'ambiente non soltanto a livello globale, ma anche, e soprattutto, a livello dei singoli territori.

3.5. Le Case della Comunità

Un sistema di cure primarie inclusive necessita di servizi territoriali che, facendo tesoro dalle buone pratiche da tempo attuate in alcune regioni italiane, siano un punto di riferimento sicuro per i cittadini e le cittadine come delineato nella proposta delle Case della Comunità, peraltro recentemente inclusa nelle linee di riforma presentate dal Ministero della Salute in sede parlamentare (20 ottobre 2020). Un luogo in cui i bisogni di salute e di assistenza possano trovare risposta integrata in un sistema capace di garantire l'equità di accesso, di orientamento e di presa in carico non solo multidisciplinare, ma anche interprofessionale e intersettoriale, con il supporto di un'adeguata tecnologia digitale. Le Case della Comunità si prospettano quindi come servizi al centro della vita della comunità locale e punti di incontro tra servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Modulate sulla base delle caratteristiche sociodemografiche dei territori prevedono la presenza di servizi di base. Lo spirito di integrazione emerge dall'insieme coordinato dei servizi in essa offerti: medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenza specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, attività di diagnostica strumentale di I livello, area dell'accoglienza, sportello CUP, punto unico d'accesso, area della sorveglianza temporanea e servizi sociali. A questi si aggiungono servizi più specializzati come assistenza ambulatoriale complessa e ambulatori in connessione alla rete della terapia del dolore e cure palliative. Un adeguato supporto amministrativo all'interno delle singole Case della Comunità permetterebbe una piena valorizzazione dei diversi saperi professionali troppo spesso gravati da

processi di burocratizzazione, per la creazione di servizi territoriali integrati per la salute del singolo cittadino, ma anche delle famiglie e delle comunità.