

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità)

SENATO DELLA REPUBBLICA

Audizione *Prof. Angelo Del Favero 5 maggio 2020

"Profili sanitari della cosiddetta fase due: strategie anti e post Covid-19"

La punta del fenomeno epidemico è, al momento, fortunatamente alle spalle, si tratta ora di definire da una angolatura squisitamente sanitaria ed assistenziale, come gestire la "coda" del fenomeno, come tenere sotto controllo l'infezione, come ripensare il modello organizzativo del S.S.N..

Il Ministero della Salute ha definito, per la cosiddetta Fase 2 COVID-19, un set di indicatori in grado di monitorare il fenomeno, che richiederà da parte dei sistemi Regionali una particolare attenzione nella fase di sistematica e tempestiva rilevazione dei dati.

Molti sistemi sanitari dei Paesi Europei, compresa l'Italia, hanno evidenziato a fronte del fenomeno inatteso (COVID-19), delle crepe significative ed una generale inadeguatezza nel rispondere ad eventi epidemici caratterizzati da una forte contagiosità e, pertanto, ad una moltiplicazione esponenziale dei casi.

Non voglio soffermarmi sulla prevedibilità della pandemia, sui deficit comunicativi internazionali, che hanno contraddistinto il decorso della malattia e la sua diffusione, ma piuttosto riflettere sugli insegnamenti da trarre in termini di pianificazione, organizzativi e gestionali, per rimodellare il nostro S.S.N. e possibilmente evitare cortocircuiti nella catena decisionale, purtroppo già in essere.

A riguardo dobbiamo necessariamente partire dalle fragilità evidenti che provo ad elencare:

- a) Evidente sotto finanziamento del sistema pressoché cronico, che nel tempo, attraverso tagli lineari, ha ridotto dell'osso il personale, talvolta sminuita la qualità dei servizi sanitari e non (rispetto alla media europea – 1,5% /2,00% PIL investita in sanità).
- b) Investimenti in edilizia ospedaliera fermi o inadeguati per anni e ciò a fronte di strutture ospedaliere, anche di grande rilievo, realizzate o prima o appena dopo la seconda guerra mondiale con un'articolazione strutturale (layout) e impiantistica assolutamente inadeguati.

Tutto ciò con grande aggravio di costi (fino +30%) gestionali, organizzativi ed inefficienze evidenti e inevitabili nei percorsi di cura.

*Prof. Angelo Del Favero docente all'Università di Roma Unitelma Sapienza e alla LUISS Business School, già Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Sanità.

Faccio presente, inoltre, che i vecchi ospedali hanno una rigidità impiantistica pesante, che non consente sviluppi modulari in relazione alle normali evoluzioni della tecnologia e della domanda né tantomeno in casi di emergenza, qualunque essa sia.

- c) Un disastroso sfasamento tra domanda di personale medico specialistico da parte dei S.S.R. e l'offerta e della formazione Universitaria quantitativamente, tragicamente inadeguata. Anche se in modo meno drammatico il fenomeno si ripropone per le professioni sanitarie.
- d) Per ultimo, ma per primo nell'importanza, la questione del territorio e della prevenzione. I servizi territoriali sono disomogenei e spesso (soprattutto al Sud, ma non solo) poco strutturati. Va richiamata la figura centrale del Medico di Medicina Generale che in molte realtà opera ancora, troppo spesso, da "solista", mentre sappiamo quanto sia importante la medicina associata, con un minimo di dotazione di strumentazione diagnostica, in grado di dare risposta ai bisogni di primo livello. Non va sottaciuto, inoltre, che il M.M.G. dev'essere al centro di un tessuto connettivo delle cure primarie, per soddisfare i bisogni di una popolazione longeva in cui la gestione della cronicità è fondamentale; lo stesso dicasi per l'integrazione socio sanitaria e sociale. Eccellente la sperimentazione delle infermiere di comunità, destinate a diventare fondamentali anche come supporto all'assistenza domiciliare e alle persone fragili, al collegamento con il sistema distrettuale.

La crisi COVID-19 ha insegnato infatti, che chi ha trattato i pazienti a domicilio in modo via via più adeguato, ha drasticamente ridotto il tasso di letalità (esempio in Europa: la Germania; in Italia: il Veneto e l'Emilia Romagna).

La crisi ha messo a nudo che la prevenzione che assorbe circa il 3,5% del costo LEA (ottimale 5%) è un servizio centrale per la tutela della salute pubblica e là dove funziona, ha svolto un ruolo di "Regia" nella gestione dei focolai e sarà viepiù importante nella Fase 2, anche nel caso dell'applicazione dell'App "IMMUNE" che richiederà anche un pronto e tempestivo tracciamento dei contagi e di individuazione di focolai.

Non mi addentro sulla tematica dei tamponi e degli screening sierologici perché le ferite e le polemiche sono ancora aperte.

Per fare da tessuto connettivo tra medicina generale e ospedale si è dato corso all'attivazione delle U.S.C.A. (Unità Speciali di Continuità Assistenziali), molto utili per non lasciare i pazienti al proprio destino e fornire un supporto strutturato e sicuro (D.P.I.) ai M.M.G. e all'intero sistema di cura.

Gli ospedali COVID, là dove attivati, nella dimensione di uno ogni milione di abitanti, si sono dimostrati di straordinaria efficacia per contenere le nefaste infezioni ospedaliere di cui si è molto discusso, costata la vita anche a molti operatori, non solo in Italia.

Una ferita ancora aperta è rappresentata dalle R.S.A. dei contagi registrati e dei conseguenti decessi. Le R.S.A. non sono corpi estranei relegate a mera funzione di assistenza sociale. Alla metà degli anni '90 si norma la Residenza Sanitaria Assistenziale, che comporta prestazioni sanitarie, vigilanza ed assistenza.

In molte realtà, forse per la fragilità del territorio, o per la mancanza di risorse, la componente "S" sanitaria è finita in secondo piano; eppure là sono concentrate le patologie croniche e neurodegenerative più gravi che richiedono un supporto sistematico.

Quale sintesi propositiva per la gestione sanitaria della FASE 2 e POST (anche alla luce di eventuali finanziamenti Europei)?

Qualche ipotesi di lavoro:

- ✓ In primo luogo va investito su strutture sanitarie ospedaliere ed extra assolutamente nuove, anche come concezione d'uso layout e assetto impiantistico, nonché sui processi di digitalizzazione complementari, che sono realtà in poche Regioni. Importante a riguardo sarà una regia centrale per la definizione di standard che consenta ai sistemi informatici di dialogare tra loro e rendere più efficienti le reti ospedaliere e reale la presa in carico del paziente, dalla prevenzione alla fase acuta, alla riabilitazione e/o fase cronica.

In termini di posti letto è emerso con tutta evidenza che va superato il limite attuale dei 3,7 posti letto per mille abitanti; in particolare per le terapie intensive/rianimazioni già in sofferenza prima del COVID-19. Non già con moltiplicazione di strutture complesse sul territorio, ma potenziando in primis gli HUB e nodi delle reti. Pongo attenzione sul fatto che il parametro posti letto come mezzo di programmazione è inadeguato e anche per questo va utilizzato in modo appropriato su rigorose basi tecniche, anche secondo le indicazioni del DM 70/2015, un interessante punto di partenza programmatico.

- ✓ Sul territorio è emersa con tutta evidenza la carenza di strutture cosiddette "intermedie" per pazienti post o sub acuti, dopo la dimissione ospedaliera, che sono un cuscinetto vitale tra ospedale – RSA e/o domicilio che consentono tra l'altro un uso appropriato dell'ospedale, un efficiente utilizzo dei posti letto ed un funzionamento più fluido dell'intero sistema ospedaliero con ricadute importanti sul funzionamento dell'attività di Pronto Soccorso.
-

Sempre in materia territoriale la crisi dovrebbe essere una buona occasione per imporre con forza l'associazionismo medico e dare una spinta decisiva con le dovute risorse umane all'assistenza domiciliare, molto evoluta nei Paesi del Nord Europa.

Le U.S.C.A. sono state un esempio che volendo, le cose si possono fare. I dipartimenti di prevenzione, le strutture di igiene pubblica, la medicina del Lavoro, gli SPISAL, vanno visti come una moderna "spina dorsale" del sistema a tutela della salute pubblica nelle varie dimensioni della vita e dell'organizzazione sociale, utili per le epidemie, ma anche per governare i fattori ambientali e ogni altro aspetto complesso della società contemporanea.

- ✓ La ricerca. Mai come in questo momento è apparsa in tutta evidenza il ruolo sociale della ricerca. Vuoi di farmaci efficaci per le cure del COVID-19, vuoi per la ricerca del vaccino evidenziando, qualora ce ne fosse bisogno, il ruolo determinante nello sconfiggere le grandi epidemie.

Gli studi in corso per i farmaci sono oltre 300 e per il vaccino quasi 100; l'intero mondo scientifico si è attivato con scambi di informazioni e collaborazioni a livello internazionale ponendo in risalto come la scienza non abbia confini. Quindi, la necessità che anche il sistema Italia faccia massa critica (ISS, CNR, IRCCS, Ospedali Universitari, ecc...) ed anche nell'ipotesi auspicabile di finanziamenti più corposi, non si disperda in tanti piccoli rivoli, ma si concentri su un numero limitato di progetti, in sintonia con la programmazione sanitaria nazionale e le grandi linee di indirizzo europee.
