



PER UN NUOVO RINASCIMENTO

UN RINNOVATO MODELLO
SANITARIO PUBBLICO

I QUADERNI DELLA FONDAZIONE PMR





FONDAZIONE PMR

Partecipazione
Mediazione
Rappresentanza



CISL
PENSIONATI



CISL



WEB-CONFERENCE

PER UN NUOVO RINASCIMENTO

UN RINNOVATO MODELLO
SANITARIO PUBBLICO

Roma, 21 luglio 2020

Si è tenuta a Roma il 21 luglio 2020, la Conferenza *Per un nuovo Rinascimento, un rinnovato modello sanitario pubblico*. Sono state due le sessioni di lavori con focus di grande interesse e riflessione: **LA SALUTE È UN BENE COMUNE** e **LA FRAGILITÀ: VALORE DA DIFENDERE**.

Alla conferenza hanno partecipato esperti e istituzioni di alto profilo:

Stefano Bonaccini Presidente della Conferenza delle Regioni, **Annamaria Furlan** Segretaria Generale Cisl, **Federico Gelli** Presidente Fondazione Italia in Salute, **Davide Guarini** Segretario Generale Fisascat Cisl, **Marco Impagliazzo** Presidente Comunità Sant'Egidio, **Domenico Mantoan** Direttore Generale di Agenas, **Roberto Mauri** Direttore Centro Geriatrico San Pietro - Monza, **Biagio Papotto** Segretario Generale Cisl Medici, **Maurizio Petriccioli** Segretario Generale Fp Cisl, **Piero Ragazzini** Segretario Generale Fnp Cisl, **Roberto Speranza** Ministro della Salute, **Marco Trabucchi** Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatria.

Le interviste e i lavori della Conferenza sono state condotte e coordinati dal giornalista **Andrea Pancani**.

La Conferenza è stata promossa da: *Fondazione PMR, FNP Cisl Pensionati, FP Cisl, Cisl, Cisl Medici, Fisascat Cisl*.

MAURIZIO PETRICCIOLI

Segretario Generale FP CISL

“Il modello sanitario che pensavamo infallibile ha fallito. Occorre ripensarne uno nuovo”. Maurizio Petriccioli ci racconta le sfide che ci aspettano in futuro in tema di sanità, lavoro ed economia.

Maurizio, la crisi sanitaria non è ancora passata. I contagi crescono nuovamente, sembra impossibile lasciarsela alle spalle.

Già. Prima di entrare nel merito della discussione, riporto le parole di un gruppo di operatori sanitari dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo: “Stiamo imparando che gli ospedali possono essere i principali veicoli di trasmissione del Covid 19 poiché si riempiono rapidamente di malati infetti che contagiano i pazienti non infetti. Lo stesso sistema sanitario regionale contribuisce alla diffusione del contagio poiché le ambulanze e il personale sanitario diventano rapidamente dei vettori. I sanitari sono portatori asintomatici della malattia o ammalati senza alcuna sorveglianza. Abbiamo bisogno di un piano di lungo periodo per contrastare la pandemia. Più la società è medicalizzata e centralizzata, più si diffonde il virus”. Queste righe venivano scritte a marzo, nei giorni peggiori della crisi sanitaria in una fase in cui non eravamo davvero in grado di contare con sicurezza i morti nelle nostre città. In un momento in cui tutta l'Italia viveva il paradosso che i luoghi nati per salvare vite umane diventavano vettori di rischio, luoghi di contagio e di morte. Chi ha messo a disposizione la propria vita per salvare le vite di cittadini ha rischiato di perdere la propria. E purtroppo molti l'hanno anche persa. Siamo ancora in emergenza, anche se il Covid ha innescato una crisi che non è solo strettamente sanitaria.

Il riferimento è alle condizioni economiche disastrose in cui versa l'Italia?

Esattamente. Basti pensare che in Italia l'Istat ha prospettato una caduta media del PIL del 2020 dell'8,3% associata ad un eccezionale aumento degli inattivi, i famosi neet, di 746 mila unità (+5,4%) e ad oltre 3,5 milioni e mezzo di persone in cassa integrazione nel solo mese di aprile. È la crisi che porta con sé il virus mette in discussione il modello stesso sul quale abbiamo fondato per decenni la stabilità economica e sociale del mondo occidentale e che era già entrata in una spirale di crisi prima del Covid, denunciando un forte allargamento delle disuguaglianze economiche e sociali e un generale impoverimento di larghe fette della popolazione.

La crisi italiana attuale, insomma, è legata al fallimento del modello economico e sanitario mondiale.

Io credo di sì. Le grandi potenze internazionali, in primo luogo gli Stati Uniti di Trump, hanno ritenuto che l'emergenza sanitaria potesse essere gestita secondo il modello ognuno per sé o addirittura fuori dagli organismi internazionali e dall'OMS. L'ordine odierno ha svolto il ruolo di detonatore della diffusione di un virus che, in un altro tempo storico, probabilmente sarebbe stato localizzato alla sola Cina. Sono d'accordo con questa affermazione della virologa Ilaria Capua.

Non sono mancati i politici che hanno pensato di affrontare questo morbo assecondando i bisogni di un modello economico orientato alla massimizzazione del profitto, alla crescita illimitata ed orientata al consumo. Il risultato è stato che ad un certo punto della diffusione del virus, in nome del profitto e della tutela dell'economia, era accettabile sacrificare centinaia di migliaia di vite umane in forza di una irrealizzata immunità di gregge. Se la convivenza politica e il patto sociale si fondono in primo luogo sul mettersi insieme per difendere e tutelare la vita, c'è stato chi invece ha pensato di mettere al primo posto gli indicatori economici.

Per dirla con le parole dello scrittore Paolo Giordano, la nostra efficienza è stata anche la nostra condanna perché il vettore del virus è stato il vagare simultaneo di 7 miliardi e mezzo di persone.

Noi siamo stati il primo paese europeo a dover contrastare il Coronavirus. Come giudica la reazione del modello Italia?

Sì, l'Italia è stato il primo paese europeo a dover rispondere con forza alla crisi sanitaria sebbene si possa ormai dire, senza paura di essere smentiti, che il virus era già presente anche in altri paesi (in Germania, in Francia) ben prima di scovare il paziente zero italiano. A dimostrazione che il virus si è diffuso seguendo le grandi catene internazionali del valore del commercio.

Il servizio sanitario del nostro paese è stato letteralmente travolto dal virus e i numeri purtroppo sono qui a testimoniare. 242 mila positivi, 34914 decessi certificati Covid, 16725 solo in Lombardia. Un numero difficile da determinare di cittadini morti senza diagnosi durante l'isolamento domiciliare, per avere una stima di massima possiamo affidarci ai dati Istat.

L'eccesso di decessi è di 25354 unità, di questi solo il 54% è costituito da morti diagnosticati Covid 19. A questi numeri va aggiunta l'analisi elaborata dall'Inail a maggio 2020: il report sui contagi sul lavoro registrava, per il periodo tra fine febbraio e il 4 maggio, 37152 casi che confermavano la maggiore esposizione al rischio del personale sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. La categoria degli infermieri riguardava il 43,7% dei casi segnalati, seguono gli operatori socio-sanitari con il 20,8% e i medici col 12,3%.

In questi mesi gli operatori sanitari sono stati chiamati angeli ed eroi. Lei cosa pensa a riguardo?

Dal mio punto di vista, è mancata una significativa valorizzazione del personale in servizio. Abbiamo letto in questi mesi grandi elogi rivolti alle lavoratrici, ai lavoratori e ai professionisti della sanità che talvolta sono stati chiamati appunto eroi o angeli. Personalmente mi sono battuto fin dall'inizio contro queste definizioni: l'ho fatto perché l'utilizzo di queste metafore legittima in qualche maniera la dimensione sacrificale del lavoro e della propria professione.

È un gravissimo errore, bisogna lavorare affinché l'opinione pubblica comprenda che l'infermiere, il medico, l'operatore socio-sanitario, il tecnico sono i nostri vicini di casa. Quando un pezzo consistente del paese si è potuto mettere al sicuro dentro le proprie abitazioni con le terapie intensive e subintensive al collasso, non hanno potuto scegliere di operare in smart working o di stare in cassa integrazione, ma hanno dovuto rischiare la propria vita in prima persona, talvolta con DPI inadeguati o direttamente senza.

Gli eroi sono gli stessi che fino a qualche mese fa venivano picchiati nei pronto soccorso. Questi eroi, quando hanno rappresentato i colleghi come delegati sindacali dei luoghi di lavoro, sono gli stessi contro i quali le dirigenze sanitarie pubbliche e private stanno prendendo provvedimenti disciplinari perché hanno solo chiesto di poter lavorare in sicurezza.

È questa l'Italia di oggi, è questa la realtà con la quale facciamo i conti ogni giorno. Dobbiamo difendere quei colleghi che vivono solo del proprio lavoro e che mantengono le loro famiglie grazie al salario che percepiscono. Ed è su questo che dobbiamo riflettere, parlando di nuovi piani occupazionali, eliminazione del precariato e livelli delle retribuzioni perché è proprio su questo che bisognerà investire.

Bisogna recuperare quel gap determinato dal blocco delle assunzioni e dalla contrattazione che si è protratto proprio negli anni più duri della crisi economica dopo il 2008, quando le donne e gli uomini della sanità italiana hanno visto il proprio salario perdere il potere di acquisto e disallinearsi in maniera inaccettabile rispetto ai colleghi degli altri paesi europei. A rimetterci è stato il servizio sanitario pubblico, che ha dovuto fronteggiare la perdita di migliaia di posti di lavoro.

Il virus ci ha travolto insomma, ma non siamo stati bravi ad arginarlo in maniera tempestiva a causa di errori pregressi.

Sì, su questo non ci sono dubbi. Io ho individuato tre cause principali che ci hanno portato a questo. La prima: la mancanza di una gestione coordinata dell'emergenza. Basta ricordare gli aperitivi e i brindisi in cui si inneggiava alle regioni e alle città che non si fermavano o alle polemiche verso il ministro Speranza, reo di avere chiuso i voli da e verso alcuni paesi particolarmente colpiti dalla pandemia.

Il problema del coordinamento ha riguardato anche la collaborazione tra Stato centrale e regioni. La crisi ha fatto emergere la necessità di un riferimento istituzionale unico che detti regole certe da seguire davanti alle sfide sanitarie globali e che sia in grado di garantire diritti e doveri uguali in campo sanitario e assistenziale a tutti i cittadini italiani. Un assetto istituzionale federale ha bisogno di regole di gestione ma anche di regole decisionali che attribuiscono la responsabilità delle scelte in campo ad un unico soggetto.

La seconda causa che voglio mettere in evidenza riguarda il fatto che a partire dagli anni Novanta e fino ai giorni nostri, i più importanti indicatori strutturali del sistema sanitario hanno registrato una costante regressione. Il taglio dei posti letto, in particolar modo dal '98, il processo di esternalizzazione dei servizi e dell'assistenza hanno mandato in crisi il servizio sanitario pubblico. La Germania, che resta il paese UE che meglio ha affrontato la crisi sanitaria, ha sfruttato i 28 mila posti di terapia intensiva in maniera oculata mentre l'Italia, soprattutto nelle zone più colpite, ha dovuto procedere con l'ospedalizzazione di massa, avendo solo 5179 posti di terapia intensiva nella fase pre-crisi. La conseguenza è stata drammatica. Il paese che reputa la salute il diritto fondamentale ha dovuto scegliere chi curare e chi mandare a casa. Un calo dei posti letto connesso alle politiche di austerità. Come potevamo affrontare efficacemente una crisi di questo tipo con un calo in 8 anni del 30% dei posti in terapia intensiva?

La terza causa riguarda la diminuzione degli operatori sanitari. Tra il 2009 e il 2018, 35 mila solo nel settore pubblico, 13 mila di questi sono professionisti sanitari. In Francia operano 10,4 infermieri in media su 1000 abitanti. In Germania 12,9. In Italia ci attestiamo ad una media del 5,8. Una mancata copertura del turnover in nome di una razionalizzazione della spesa pubblica, ha purtroppo determinato sofferenze per decine di migliaia di famiglie che poi hanno finito per perdere i propri cari. Il nostro segretario generale Annamaria Furlan, sostenuta da tutta l'organizzazione, non ha avuto dubbi sul riaffermare il valore e la tutela della vita prima di ogni altra cosa.

Cosa non ha funzionato, nello specifico, nel sistema sanitario italiano?

Ha fallito il modello che pone l'ospedale al centro di tutto il percorso di risposta assistenziale e di cura della persona. Si è voluto programmare, pianificare, progettare il nostro sistema sanitario orientandolo costantemente allo storico della prestazione dei servizi resi ai cittadini. Si sono definiti obiettivi con il DM 70 del 2015 di chiusura di ospedali e reparti in funzione dei dati, degli interventi chirurgici e delle prestazioni. Purtroppo, ancora una volta, gli avvenimenti ci hanno dimostrato che non tutto è programmabile.

Quando parliamo di servizi orientati alla salute, l'approccio decisionale deve cambiare. Investiamo in molti settori per prevenire o per essere pronti ad intervenire tempestivamente nel caso di eventi improvvisi ed infausti. Dobbiamo cominciare a pensare di preparare delle equipe mediche in grado di intervenire con tempestività in ogni area critica italiana ove si riattivino emergenze sanitarie. Non vorremmo più assistere insomma alla necessità di chiedere aiuto agli infermieri e ai medici cinesi, russi, cubani, camerunensi, polacchi e albanesi per superare le fasi drammatiche della pandemia come successo nei mesi scorsi. Ovviamente, medici e infermieri che ringraziamo di cuore.

C'è un grande lavoro da portare avanti che è prima di tutto culturale. Combattere l'idea che l'ospedale sia l'unico vettore per la diagnostica, per gli interventi chirurgici, per i processi di cura, per l'assistenza con l'obiettivo di ripensare quella necessaria rete di servizi e presa in carico integrale della persona che coinvolga i medici di base, il mondo del no profit e il terzo settore.

Un discorso che non fa una piega, ma sappiamo tutti che la sanità del Nord e quella del Sud viaggiano su binari opposti.

Ne sono consapevole. Per affrontare la sfida del presente e del futuro abbiamo bisogno di una sanità e di un'assistenza diffusa che elimini i grandissimi divari che attualmente persistono non solo tra Nord e Sud, ma anche tra l'Est e l'Ovest, di un paese territorialmente frastagliato, pieno di piccole o piccolissime comunità montane che sono lontane dai grandi centri che oggi si occupano della risposta sanitaria e assistenziale del paese.

L'Italia di oggi è un luogo fratturato da tante e troppe differenze e negli anni si è assistito a un ulteriore indebolimento della rete sanitaria territoriale e domiciliare. Per fare un esempio in Calabria, con una popolazione di quasi 2 milioni di abitanti, ci sono 107 posti di terapia intensiva in strutture, lo raccontano le cronache, talvolta neppure a norma. In Lombardia, con una popolazione cinque volte superiore alla Calabria, il numero prima della crisi Covid era otto volte superiore alla Calabria.

Come organizzazione sindacale è arrivato il momento di chiedere con grande forza alla politica di procedere spedita verso un processo di adeguamento, regione per regione, consapevoli che un consistente miglioramento della rete di assistenza ridurrebbe sensibilmente anche il saldo di spesa annuale delle famiglie per i cosiddetti viaggi della salute, che portano ogni anno oltre 350 mila cittadini a curarsi in regioni italiane con servizi sanitari più avanzati o peggio li porta addirittura all'estero.

Verrebbe da dire “pensare globale, agire locale”.

Proprio così. A mio avviso non è più rimandabile una riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera e territoriale, che non va intesa solo come servizi di medicina generale, specialistica, ambulatoriale in cui i medici di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta di specialisti ambulatoriali sono integrati con gli altri professionisti chiamati ad intervenire. Occorre una concreta integrazione che consenta all'ospedale di concentrarsi sulle acuzie e affidi al territorio tutte le cure di prossimità e di presa in carico dei pazienti in uscita dal percorso ospedaliero.

Che questo modello rappresenti il futuro del nostro sistema di cura e di assistenza lo testimonia il fatto che, anche nelle fasi più acute dell'emergenza sanitaria, il Covid è stato maggiormente contrastato in quelle realtà che hanno portato avanti in maniera capillare i tracciamenti degli asintomatici, hanno effettuato regolarmente tamponi sugli operatori e hanno portato l'assistenza a livello domiciliare, soprattutto per i pazienti Covid a bassa intensità con quadri clinici che non richiedevano necessariamente l'ospedalizzazione.

In questo quadro, quale potrebbe essere il ruolo della sanità privata?

In merito alla Sanità Privata, nelle prime fasi della crisi epidemica è mancata una piena assunzione di responsabilità e l'onere della prima gestione dell'epidemia è stato lasciato alle strutture pubbliche. Non sono mancate naturalmente realtà che hanno convertito le proprie strutture per arginare il virus, ma il problema non si è determinato nelle scelte contingenti prese durante l'emergenza. Il problema infatti sorge a monte, in un modello che non può più funzionare senza una piena integrazione tra pubblico e privato.

Al de-finanziamento del settore pubblico, che in un decennio ha toccato quota 37 miliardi secondo le stime della Fondazione Gimbe e che si è realizzato nella chiusura dei reparti considerati non abbastanza efficienti o comunque troppo costosi (come maternità sotto un certo numero di parti, anche quando magari presidiavano zone difficili dell'Italia) fino all'eliminazione di esami, posti letto, e servizi che sono finiti esternalizzati, favorendo la precarizzazione del lavoro, è corrisposta la scelta dei grandi provider della sanità privata di riorganizzare le proprie strutture scegliendo esclusivamente di dare copertura ai settori e agli interventi ad altissimo reddito e a bassissimo rischio.

Basti vedere nel nostro paese quante strutture sanitarie private si occupano oggi di diagnostica e quante invece hanno integrato nelle proprie attività il pronto soccorso. Il problema è tutto qui allora, la mancanza di una piena condivisione di responsabilità per un modello integrato pubblico privato che ponga davvero al centro la qualità e la diffusione territoriale dei servizi da fornire al cittadino. La sanità privata, profit o no profit, può migliorare il sistema sanitario del paese nel complesso ma ad oggi non stiamo vincendo la sfida di costruire questo nuovo modello. Il virus che ha stravolto le vite di tutti noi ha avuto un impatto devastante, anche e soprattutto in quelle realtà in cui il privato è divenuto l'attore principale dei sistemi sanitari regionali.

Come giudica l'operato del governo Conte?

Le risorse economiche da erogare per il sistema sanitario pubblico sono il pilastro su cui deve fondarsi la risposta ai bisogni di salute dei cittadini. In questo senso, abbiamo certamente apprezzato l'azione del ministro Roberto Speranza che ha visto incrementare le risorse per il servizio sanitario nazionale di 3,5 miliardi per il 2020-2021, così come importanti sono state le risorse stanziare dal Cura Italia e dai seguenti interventi legislativi. Non possiamo però dimenticare che se andiamo ad analizzare il rapporto spesa sanitaria-PIL nel medio termine, questo è sempre stato rivisto al ribasso. Il primo nodo da sciogliere dovrà essere quindi quello delle risorse da stanziare a regime, al netto di quanto già investito nella gestione dell'emergenza.

Il primo step deve essere sicuramente quello di mettere in sicurezza le strutture che abbiamo oggi in funzione. Ai lavoratori deve essere riconosciuto il diritto e il dovere di sottoporsi a controlli periodici attraverso tamponi e screening sierologici. In seconda battuta crediamo sia necessario una nuova e più funzionale rete di reparti territoriali. Noi come CISL FP riteniamo possa essere condotta da quei professionisti sanitari che autonomamente hanno le competenze necessarie per farsi carico dei bisogni dei pazienti in sinergia con gli infermieri di famiglia e le comunità che operano nei territori.

I nuovi interventi legislativi fanno molto in questa direzione, ma non è mai abbastanza. Questo assetto permetterebbe di superare i meccanismi ancora troppo frammentati dell'unità di continuità assistenziale con l'obiettivo generale di ridurre in maniera drastica gli accessi ai pronto soccorso e le liste di attesa e di favorire un'ormai irrimandabile integrazione fra servizi di natura sanitaria e servizi di natura sociale, perché la risposta ad una fragilità fisica è più efficace se si prende in carico la persona in tutti i suoi bisogni.

Chiediamo quindi al governo e al parlamento di mettere a disposizione risorse adeguate anche alle regioni per procedere ad una valutazione dei nuovi fabbisogni di personale, alla stabilizzazione dei tanti precari che svolgono la professione da anni nei nostri servizi sanitari e per rinnovare il contratto nazionale di lavoro scaduto da due anni. Bisogna restituire valore agli operatori sanitari e implementare la loro autonomia, visto che a livello universitario si sono pretesi percorsi di studio specialistici.

È necessario offrire oggi a loro una retribuzione adeguata agli incarichi che ricoprono, ai rischi che corrono, al disagio lavorativo che affrontano ogni giorno, defiscalizzando anche il loro salario di produttività come avviene per tutti i lavoratori del mondo privato. È un impegno che chiediamo al governo, al ministro e alle regioni, affinché la prossima Legge di Bilancio possa offrire risorse e quindi risposte concrete in questa direzione.

Non è più rimandabile la revisione complessiva del sistema delle attuali categorie, prevedendo delle aree funzionali e la definizione di un nuovo modello in grado di cogliere pienamente l'evoluzione professionale dei dipendenti. Negli ultimi 20 anni infatti, anche prima del Covid, la domanda sanitaria dei cittadini si è fatta via via più articolata e complessa. Sono obiettivi che potremo cogliere tutti assieme a partire dalla prossima tornata contrattuale e che vedrà, sicuramente, il sindacato confederale fare la propria parte, come sempre è stato in questi anni.

Salute e lavoro sono quindi il diritto e il rovescio della stessa medaglia?

Esattamente. Non si può difendere efficacemente la salute pubblica senza tutelare il lavoro di chi è in prima linea. Tenendo presente questo obiettivo, sarà certamente ora di avviare una seria e approfondita riflessione rispetto alle diverse gestioni sanitarie regionali. Non è nostra intenzione fare valutazioni di merito sull'efficacia di questo o di quel modello: sono gli eventi, i numeri dei contagi e dei morti a riconsegnarci la necessità di ripensare il collegamento tra medicina territoriale, prevenzione, medici di famiglia e sistema ospedaliero. Dopo tutto quello che abbiamo vissuto in questi mesi, non possiamo far altro che chiederci se l'Italia possa davvero permettersi di andare avanti con 20 politiche sanitarie regionali per 20 regioni che non sono rispondenti ai bisogni reali dello specifico territorio.

Le lavoratrici e i lavoratori professionisti vanno messi inoltre nelle condizioni di essere costantemente aggiornati rispetto alle evoluzioni scientifiche e tecnologiche che ogni giorno investono il comparto sanitario. È pertanto indispensabile che venga fatta una pianificazione della formazione da parte delle aziende promuovendo, e soprattutto finanziando, l'educazione continua in medicina.

Vanno aumentate di un punto e mezzo percentuale le risorse destinate alla formazione del personale rendendole poi effettivamente fruibili. È necessario inoltre ripensare i percorsi universitari per le professioni sanitarie, spesso bloccati dal modello del numero chiuso, così come si dovrà intervenire per risolvere una volta per tutte il circolo vizioso delle borse di studio.

Sono d'accordo. Poi si parla sempre di Coronavirus, ma le altre patologie non sono scomparse. E la popolazione italiana è sempre più vecchia.

Nonostante gli sforzi nell'incentivare stili di vita salutari, i malati cronici nel 2018 erano quasi il 40% della popolazione italiana, cioè 24 milioni di italiani, 12,5 milioni dei quali soffrivano di multi-cronicità. Parliamo di quella fascia di popolazione più esposta alle conseguenze del nuovo Coronavirus. Le proiezioni della cronicità nel paese indicano che tra dieci anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà ulteriormente a 25 milioni e i multi-cronici colpiti da patologie più varie saranno 14 milioni.

Tra 10 anni inoltre le persone colpite da osteoporosi saranno 5,3 milioni, 3,6 milioni da diabete, 2,7 milioni da malattie cardiache. L'investimento nel personale davanti a questo quadro generale non può ritenersi una spesa improduttiva o un costo, ma un investimento che dà sostegno ai bisogni delle persone più fragili e soprattutto dei nostri anziani che non possono e non devono essere lasciati soli.

Cosa si può fare per migliorare questa situazione?

L'Italia ha preso importanti impegni relativi al raggiungimento del cosiddetto obiettivo tre di sviluppo sostenibile in materia di salute e di benessere. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che il mondo necessita di altri 9 milioni di infermieri e ostetriche entro il 2030. L'Italia, per rientrare nei parametri dell'obiettivo, ha bisogno di forti investimenti strutturali sul personale perché i nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) prevedono importanti ampliamenti delle cure obbligatorie in regime di servizio sanitario pubblico, con specifico riguardo a quelle aree che in precedenza erano tutt'altro che presidiate come la cronicità, le disabilità e la prevenzione. Accertato che si tratta di un fondo senza condizionalità, sorprende che ancora oggi ci sia polemica sulla opportunità o meno di usare i fondi europei del Mes.

Insomma, la sfida del futuro è quella di ripensare a un nuovo modello di Italia.

La sfida di cui parliamo è quella di ripensare un paese e al suo assetto istituzionale uscito dalla riforma del Titolo V in modo che dinanzi a momenti critici, debba essere il livello nazionale a decidere in base al principio della primazia. C'è bisogno di un paese che, di fronte alle difficoltà come quella che stiamo attraversando, non debba abbandonare gli strumenti della partecipazione, della democrazia parlamentare, e che sia in grado di evitare quello che il filosofo Agamben chiama "stato di eccezione permanente".

L'Italia è un grande paese, tra i più avanzati del mondo, e non è accettabile che non si possa fare chiarezza circa la divisione delle competenze e delle responsabilità tra i diversi livelli istituzionali. L'attuale situazione viene discussa ormai da oltre quarant'anni, ma continuano ad essere fatte proposte tese più che a risolvere le questioni costituzionali e delle architetture istituzionali, a dare vantaggio a questo o a quello schieramento politico mentre bisognerebbe senza pregiudizio o paure fissare regole nuove rispondenti a queste sfide eccezionali.

Le sfide che ci poniamo di fronte, che qui ho brevemente elencato, sono sicuramente difficili e ardue e per realizzarle tutti gli attori istituzionali e le parti sociali dovranno procedere insieme con grande convinzione affinché si dia una risposta concreta agli interrogativi che la crisi sanitaria, economica e sociale portano con sé.

Federico Gelli proponeva di fondare una sorta di agenzia nazionale per la prevenzione: una proposta sensata, forse immaginare che ci sia un luogo centrale in cui si possa programmare e dirigere la prevenzione nazionale potrebbe rivelarsi davvero la scelta giusta.

Scrivono il filosofo e sociologo francese Edgar Morin: "Stiamo vivendo una tripla crisi: quella biologica di una pandemia che minaccia indistintamente le nostre vite, quella economica nata dalle misure restrittive e quella di civiltà. Per uscirne, abbiamo bisogno di un umanesimo che si fondi sulla solidarietà, di senso di comunità e di quella responsabilità individuale che rappresenta l'essenza stessa dell'essere pienamente cittadini".

In altri termini abbiamo bisogno di un umanesimo integrale che riconosca l'impossibilità concettuale di promuovere il lavoro senza riconoscere dignità alla persona, così come la persona non si può realizzare pienamente senza quel lavoro che dà valore e occupa l'esistenza, secondo la felice definizione di Lévinas.

Un lavoro che deve essere adeguatamente retribuito, un lavoro inteso come percorso di crescita individuale e professionale, un lavoro inteso come farsi carico dei bisogni dei cittadini nel momento di massima fragilità e che realizza quell'idea impressa nella nostra carta costituzionale della salute come bene comune di tutti, nessuno escluso.

ROBERTO SPERANZA

Ministro della Salute

Il Ministro Roberto Speranza ci racconta la sua idea di Servizio Sanitario Nazionale e la nuova Europa che sta nascendo.

Ministro Speranza, come giudica il Recovery Fund?

Una notizia positiva per tutti noi. Ho ricevuto un messaggio del Presidente del Consiglio all'alba in cui mi raccontava l'esito positivo della riunione. Credo che sia una risposta all'altezza di questi mesi, c'era il dubbio che l'Europa potesse rimanere in qualche modo incastrata in una discussione interna e che non ci fosse la necessaria capacità di reazione, mentre mi sembra di poter dire che l'esito di questa riunione va nella direzione giusta: nuovi investimenti e un nuovo modello di solidarietà.

Si apre uno scenario positivo e interessante di rilancio. Mi vengono in mente le parole che Papa Francesco ha avuto modo di consegnare al mondo: "peggio di questa crisi c'è solo il rischio di sprecarla". Penso che oggi l'Europa abbia dimostrato di non voler sprecare quest'occasione di provare a costruire una nuova possibilità. Questo è il momento della ricostruzione, anche se l'emergenza non è ancora finita.

Non siamo fuori dalla fase di emergenza, penso che il nostro Paese debba tenere ancora un livello d'attenzione molto alto. Guai a immaginare che sia tutto finito e che si possa dall'oggi al domani archiviare definitivamente regole e comportamenti corretti.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale oggi è molto più pronto rispetto a febbraio ad affrontare questa emergenza. Abbiamo imparato a conoscere il virus, i nostri territori hanno imparato qual è la modalità più rapida, più incisiva e più determinata per poter isolare i casi e per poterli affrontare sul piano clinico come stiamo facendo quotidianamente in queste settimane con i diversi focolai. Ma ognuno di noi deve fare la propria parte, osservando le tre regole fondamentali: l'utilizzo delle mascherine, il distanziamento di almeno un metro e le norme igieniche essenziali a partire dal lavaggio frequente delle mani.

Il sistema sanitario nazionale, nel complesso, è riuscito a reggere l'urto di questa inaspettata pandemia. Si sente di ringraziare qualcuno?

Io voglio ringraziare tutti quelli che hanno dato una mano e sicuramente i sindacati sono stati tra questi, ricordo le notti lunghe e complicate in cui abbiamo definito i protocolli di sicurezza per le aziende e per l'edilizia. C'è stato un protocollo importante che ha riguardato chiaramente gli operatori del comparto salute. Le istituzioni repubblicane nel loro complesso, le persone e i cittadini hanno risposto bene. Lo dobbiamo rivendicare con forza. Non era scontato, non avevamo il manuale d'istruzione, non ce l'avevamo noi a Roma, non ce l'avevano i presidenti di regione, non ce l'avevano i sindacati, gli ordini e le imprese. Ci siamo cimentati con una novità senza precedenti e col supporto dei nostri scienziati e della nostra comunità scientifica, che ringrazio, abbiamo messo in campo una risposta adeguata.

Il sistema sanitario nazionale ha retto, certo, ma è evidente che la politica debba mettere in campo risorse più considerevoli.

La sfida che abbiamo oggi davanti è quella di rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale che ha dimostrato la sua forza, la sua capacità di reazione e la sua capacità di offrire un modello universale. Penso che il nostro Servizio Sanitario Nazionale sia davvero un asset strategico di questo paese e oggi c'è maggiore consapevolezza da parte di tutti i cittadini di quanto sia importante avere un SSN all'altezza delle sfide e la pandemia da Covid ce l'ha dimostrato.

Abbiamo bisogno di aprire una stagione diversa che ruoti intorno a due scelte fondamentali: la prima riguarda le risorse, la seconda richiama il coraggio di attuare le riforme. Risorse e riforme sono due pezzi inscindibili che devono coesistere. Mentre in passato sono state fatte riforme che servivano sostanzialmente per tagliare il servizio sanitario nazionale, questo oggi non è più accettabile. Al tempo stesso io credo che non sia sostenibile immaginare solo uno schema con più risorse perché più risorse da sole non bastano, c'è bisogno di una stagione radicalmente nuova.

Alcuni sostengono che il governo Conte non abbia fatto abbastanza.

Sul piano delle risorse, abbiamo iniziato a fare qualcosa. Nella Legge di Bilancio c'è stato un primo segno significativo in controtendenza rispetto alla stagione dei tagli. In 5 mesi abbiamo messo più risorse che negli ultimi 5 anni sul Servizio Sanitario Nazionale. Non è un giudizio politico, è semplicemente un fatto oggettivo, resosi necessario anche per far fronte all'emergenza sanitaria. Per me è solo l'inizio, bisogna insistere il più possibile per reperire risorse rivolte a rendere più forte la sanità pubblica. Io sono già al lavoro per costruire un progetto, un grande piano di nuovi investimenti sul servizio sanitario nazionale. Penso che alcuni grandi assi come territorio, ospedali, sanità digitale e settore farmaceutico siano di fondamentale importanza anche nella partita ultima del vaccino.

Noi abbiamo bisogno di un investimento come mai c'è stato prima nella storia: se non ora quando? Se non è questo il momento del più grande investimento della storia sul comparto salute, io non riesco a capire quale dovrebbe essere.

La mia impressione è che stia emergendo una sensibilità vera anche nella discussione a livello europeo sul nuovo piano di spesa. Le risorse per il comparto salute sono cresciute in maniera molto significativa e c'è un aumento che era del tutto imprevedibile fino a pochi mesi fa.

Le risorse da sole però non bastano. Come ho già detto, insieme alle risorse dobbiamo realizzare una vera e propria riforma; dobbiamo avere il coraggio di cambiare alcune cose che oggettivamente non hanno funzionato e provare a ripensare alcuni dei punti cruciali del funzionamento del nostro servizio sanitario nazionale.

Non più risorse a pioggia insomma, ma risorse specifiche legate a riforme strutturali della sanità.

Esattamente. Il vero cambiamento epocale dal 1978 ad oggi, cioè dalla data in cui è nato il Servizio Sanitario Nazionale, è di natura demografica. L'Italia del '78 rispetto all'Italia di oggi è un'Italia che ha invertito la piramide demografica: questo è un grande tema che ha un grande impatto epidemiologico. Sul piano epidemiologico infatti, quest'inversione della piramide demografica ha provocato l'esplosione delle cronicità.

Ed è evidente che un servizio sanitario nazionale che è stato sostanzialmente costruito e modellato sul ruolo dell'ospedale può non essere in grado di rispondere fino in fondo all'esplosione delle cronicità, perché le cronicità sono patologie che una persona si porta dietro tutta la vita, mentre l'ospedale è il luogo dove prendersi carico prevalentemente delle acuzie.

Noi abbiamo bisogno di ripartire dal territorio. Questa è una grande traccia di riforma. L'esperienza del Covid ci ha insegnato che dove c'è più territorio, prossimità e domiciliarità c'è una maggiore capacità di risposta e d'intervento. Ecco perché nel Decreto Rilancio abbiamo fatto un investimento inedito sull'assistenza domiciliare. Oggi in Italia, sull'assistenza domiciliare per gli over 65, abbiamo un misero 4%. Con l'investimento del Decreto Rilancio recuperiamo 2,7 punti e portiamo l'Italia dal 4% al 6,7%. La media dei paesi OCSE è il 6, quindi l'Italia con un solo decreto passa da essere due punti sotto la media OCSE a 0,7 sopra la media OCSE.

Dobbiamo insistere, io penso che il territorio sia una chiave essenziale.

La sanità italiana è ancora legata a modelli di programmazione arcaici che non tengono conto dei cambiamenti che ci sono stati.

Verissimo. Il modello che abbiamo costruito negli ultimi anni è un modello di programmazione della spesa per silos e tetti chiusi. C'è il silos della spesa del personale, c'è il silos della spesa della privata, quello della spesa farmaceutica, quello dei device e poi i tetti chiusi. Io penso che questo sia un modello di programmazione della spesa superato che aveva un senso in una fase rigorista e restrittiva: oggi dobbiamo partire da un modello diverso in cui al centro mettiamo le esigenze delle persone, i bisogni dei cittadini, il rispetto e la tutela del diritto alla salute come diritto fondamentale.

L'Italia ha vissuto per 15 anni con una norma che vincolava la spesa per il personale a quella del 2004 meno l'1,4%. È una norma che è stata vigente per un quindicennio quando la popolazione diventava più anziana: aumentavano i bisogni, ma le Regioni avevano questa camicia di forza. Noi dobbiamo profondamente ripensare il servizio sanitario nazionale con un metodo che deve essere quello del confronto e dell'ascolto.

Guai a pensare che un ministro a Roma, un Presidente del Consiglio o anche un Presidente di Regione possa da solo affrontare e risolvere i nodi enormi che ci sono sul tavolo. La mia personale opinione è che in questi mesi abbiamo davanti una clamorosa e grandissima opportunità: questa crisi oggi ci offre più risorse e consapevolezza, ci offre una nuova stagione europea come quella che abbiamo toccato con mano. Quello che riusciremo a fare dentro queste settimane potrebbe essere essenziale per la costruzione di un nuovo Servizio Sanitario Nazionale che tenga ben saldi i principi essenziali.

Quali dovranno essere i punti cardine del nuovo servizio sanitario nazionale?

I principi costituzionali, ispirazione di fondo del servizio sanitario nazionale, non devono assolutamente essere messi in discussione. Per me l'articolo 32 della Costituzione è quanto di più luminoso ci possa essere: l'universalità come principio essenziale del servizio sanitario nazionale va difesa con tutta l'energia che abbiamo, ma è evidente che quei valori e quei principi dobbiamo declinarli dentro un mondo che è radicalmente cambiato, dentro una società italiana che è radicalmente cambiata a partire dalla grande questione demografica. Abbiamo bisogno di rilanciare l'idea di un grande patto di salute nazionale. Il patto con le regioni, che era bloccato dal 2013-2014, l'abbiamo sottoscritto a dicembre del 2019. Oggi serve fare un passo in più, non solo un patto istituzionale ma un grande patto paese che includa le istituzioni, gli ordini, i sindacati, le imprese, il mondo della ricerca e il mondo dell'università. La mattonella essenziale per la ripartenza dell'Italia è un grande servizio sanitario per poter affrontare con maggiore serenità il futuro del nostro paese.

Il Covid ha messo in difficoltà tutto il reparto sanitario e le altre patologie. La prima conseguenza è stata che le liste d'attesa si sono riallungate. Avete in mente qualcosa a breve termine?

Sì, questo è un tema essenziale perché come è noto il Covid ha provocato la sospensione di molte funzioni fondamentali e ordinarie delle nostre strutture sanitarie, ma le altre patologie non si sono fermate. Abbiamo un ritardo da recuperare, io penso che questa sia una priorità assoluta. Siamo chiaramente in contatto costante con le regioni perché lo si faccia nel più breve tempo possibile, la mia opinione è che dobbiamo immaginare un piano di strumenti straordinari che ci consentano, nel giro di pochi mesi, di recuperare il ritardo accumulato. Sono certo che saremmo all'altezza di questa sfida.

DOMENICO MANTOAN

Direttore Generale di Agenas

Il territorio non deve essere solo cura del malato, ma deve fornire risposte ai cittadini 24 ore su 24. Ne abbiamo parlato con Domenico Mantoan.

Partirei dalle parole del ministro Speranza, che nel suo intervento parlava di risorse e di riforme.

Sono importanti le risorse, però i concetti di risorse e di riforme sono inscindibili, perché non si possono fare le riforme senza avere risorse e viceversa le risorse da sole non bastano in assenza di idee. E questo è un momento importante, non possiamo perdere questo treno che sta passando. Il Covid ha provocato uno stress test sul nostro sistema sanitario, che ne è uscito bene perché siamo riusciti comunque a dare una risposta sanitaria straordinaria ad un evento eccezionale e spaventoso.

L'emergenza sanitaria però ha messo in evidenza come dieci anni di concetti diversi di sistema sanitario avessero indebolito il nostro sistema sanitario. Siamo a questo punto dopo 10 anni di tagli e dopo un modello superato. Per anni abbiamo sentito dire, parlare di efficienza ai convegni: "Basta, chiudiamo gli ospedali, chiudiamo quei reparti che non fanno i numeri". A questo si è accompagnato un definanziamento del sistema sanitario nazionale e una normativa che prevedeva una serie di silos che ponevano tetti alle spese.

Fra le scelte più scellerate c'è stata quella di non finanziare le borse di studio dei medici. Noi da una parte avevamo 10 mila medici in uscita, dall'altra una norma che affermava che per essere dipendenti del sistema sanitario nazionale bisognava essere specialisti. Le borse di studio nel 2012 erano 4500 quindi si era deciso ogni anno di creare 4500 disoccupati. Sarebbe come se la Ferrari producesse ogni anno 4500 auto e le mettesse sul piazzale senza le gomme. A differenza di alcune nazioni come la Spagna dove i posti letto ospedaliero non ci sono mai stati, noi venivamo da una tradizione solida in termini di posti letto ma invece abbiamo deciso di ridurli. A questa scelta, non si è accompagnata un'organizzazione del territorio.

Quando si parla di salute, si parla spesso di territorio e di rapporti fra Stato e regioni. Qual è la sua idea in merito?

Quello che ci manca è la riorganizzazione del territorio. Quando chiudi un ospedale i cittadini protestano perché è un presidio aperto 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. Il venerdì pomeriggio alle 14, tu non lo trovi più il territorio. Quindi noi dobbiamo organizzare un territorio che dia risposte ai cittadini, alla cronicità, all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), ai malati terminali, 24 ore su 24. Accanto alla riforma degli ospedali dobbiamo portare a casa una riforma del territorio organizzata in modo tale che 24 ore su 24 possa dare risposte al cittadino. Due anni fa, tre regioni avevano fatto richiesta di autonomia differenziata in termini di sanità e avevano stilato 13 punti. Oggi quei 13 punti sono completamente superati dai provvedimenti che ha fatto il governo negli ultimi tre mesi. Quindi significa che quelle richieste erano corrette: per cui da una parte c'erano regioni che in autonomia si erano date modelli organizzativi, dall'altra c'era uno Stato inerte.

Se c'è una cosa che ci ha dimostrato questa crisi è che il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità o Agenas sono strutture che devono stare davanti alle regioni e dare l'indirizzo perché nel momento in cui lo Stato centrale si ferma nell'attività di programmazione, le regioni non si possono fermare perché sono costrette a organizzarsi tutte le mattine.

Credo che questo sia il momento di mettere la parola fine a tutta quella serie di polemiche che ci sono state negli anni passati e che non hanno permesso di potere attuare una definizione organizzativa di quello che chiamiamo territorio, partendo per esempio dall'organizzazione delle cure primarie. C'è la necessità ormai di andare a definire un modello organizzativo centrale delle cure primarie.

Alcune regioni si sono arrangiate: l'Emilia Romagna con le Case della Salute, il Veneto con la Medicina di Gruppo Integrata, la Lombardia e la Toscana con un loro modello. Io credo che lo Stato debba fare una sintesi di questi modelli e debba darsi un modello organizzativo delle cure primarie in cui la figura del medico di Medicina Generale, che io chiamo single point, sia superata. I medici di Medicina Generale devono imparare a lavorare insieme agli infermieri e agli specialisti ambulatoriali. Sono queste forme complesse, chiamiamole UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) o medicine di gruppo integrate, che devono farsi carico di una comunità. La comunità può essere un quartiere, può essere un paese da 5 mila abitanti, può essere il paese del Polesine o può essere un paese della Basilicata.

Questo deve essere, secondo me, lo sforzo che deve fare il governo e il parlamento ma anche le organizzazioni sindacali. Non possiamo più intendere i modelli organizzativi come privilegi del passato. Se abbiamo invertito la curva demografica è merito del sistema sanitario nazionale: se oggi l'aspettativa di vita è di 82, 83, 84 anni non è merito della pizza o del sole, ma è merito del sistema sanitario nazionale che ha allungato l'aspettativa di vita. La sfida è la cronicità e dobbiamo creare un modello organizzativo che se la prende in cura. L'organizzazione lasciamola alle regioni, ma la capacità programmatica deve recuperarla lo Stato, che deve essere in grado di imporre modelli organizzativi e magari usare le regioni per sperimentarli.

In queste medicine integrate di gruppo andrebbero coinvolti anche i farmacisti?

Le farmacie sono un grande servizio. Il valore delle farmacie è un valore che va preservato. In passato si è parlato di organizzare una distribuzione centralizzata dei farmaci, secondo me invece le farmacie vanno assolutamente inserite in questo modello di presa in carico del cittadino, soprattutto le farmacie rurali dei paesi periferici. Le farmacie sono una forma di offerta che va salvaguardata.

Fra la sanità del Nord e quella del Sud c'è un abisso. Come si fa a uniformare i territori virtuosi con quelli che soffrono di più?

Sì, allora, è indubbio che una parte di Italia non è riuscita a sviluppare modelli organizzativi come in altre regioni. Io ritengo però che sia arrivato il momento in cui lo Stato definisca qual'è il modello organizzativo delle cure primarie. Nel momento in cui il modello è stato definito e successivamente imposto, è chiaro che alcune regioni andranno aiutate con dei piani di rientro. Non basta però un modello di soli tagli, quando un'industria è in difficoltà non puoi solo tagliare ma devi investire, devi aiutarla.

Questa è l'occasione per fare qualche investimento e facilitare, aiutare, supportare e definire quei modelli organizzativi e innovativi del territorio. Anche il concetto di piano di rientro, di intervento di Stato e di commissariamento deve cambiare. I commissari che vengono nominati dallo Stato in queste regioni non possono avere come unico obiettivo il taglio, ma anche la valorizzazione di alcuni modelli organizzativi del territorio.

Non si può fare organizzazione delle cure primarie senza i medici di Medicina Generale, abbiamo bisogno di un medico di Medicina Generale che sappia sfruttare, utilizzare e coordinare professionalità nuove come gli infermieri e gli specialisti ambulatoriali, cioè che sappia essere in grado di fare da coordinatore di modelli organizzativi complessi. Non c'è nessun sistema sanitario al mondo che può prescindere dai medici di Medicina Generale.

Secondo Lei i medici di Medicina Generale devono essere dipendenti del servizio pubblico?

Il cardiologo oggi nel sistema nazionale ce l'hai dipendente, convenzionato e accreditato. Il medico di Medicina Generale, per trent'anni, è stato solo convenzionato. Allora, non perderei molto tempo a chiedermi lo voglio dipendente, lo voglio convenzionato, lo voglio accreditato e cercherei di avere il modello migliore per quel territorio. In quel territorio è meglio averlo convenzionato? Nel paesino della Lucania o della provincia di Belluno probabilmente è meglio averlo convenzionato, in altri contesti forse è meglio averlo accreditato. Ad ogni modo credo che l'attuale ACN (Accordo Collettivo Nazionale) vada rivisto, se vogliamo tenerli convenzionati nessun problema ma l'attuale accordo va quantomeno modernizzato e vanno rese possibili le forme di aggregazione complessa di cui parlavo prima. Io non sono un fan né degli accreditati né dei convenzionati, sono un fan della forma di ingaggio che mi permette di dare la miglior risposta possibile ai cittadini.

FEDERICO GELLI

Presidente Fondazione Italia in Salute

Il nuovo Rinascimento italiano in termini di sanità passa da una riforma radicale del sistema sanitario. Ne parliamo con Federico Gelli.

Qualche anno fa è uscito un tuo libro: “*Curare tutti. 10 sfide per il diritto alla salute*”, cosa è cambiato da allora?

In quel libro avevamo delineato un po' di sfide per il futuro, partendo proprio dai problemi strutturali storici del sistema sanitario nazionale: le liste d'attesa, il rapporto pubblico privato, ecc. In queste latitudini dell'Italia, parlare di Rinascimento mi fa un certo effetto; a Firenze il Rinascimento fa parte del DNA.

Serve una nuova riforma del sistema sanitario nazionale. L'ultimo vero grande progetto di riforma del Servizio sanitario nazionale è del 1999; sono passati una quantità di anni incredibili ed è cambiato il mondo, è cambiata la popolazione, sono cambiati i servizi, è cambiata la domanda e il bisogno di sanità e di assistenza nel nostro territorio. Come tutte le prove storiche dell'umanità, dobbiamo uscirne e l'unico modo è ripensare e ridisegnare il nostro Sistema sanitario nazionale in ottica pubblica, solidale e universale. Mi sembra anche che tutte le forze politiche del Paese siano concordi.

Il nostro Sistema sanitario ha sicuramente mostrato degli elementi di manchevolezza e alcune problematicità, ma alla fine ha retto complessivamente e siamo stati in grado di dare una risposta molto importante se calcoliamo che l'Italia è stata tra i primi i paesi del mondo a gestire la pandemia.

Cosa bisognerebbe rivedere del Servizio sanitario nazionale?

Io credo che innanzitutto dovremmo rivedere quelli che sono stati i cardini delle varie riforme che avevano solo un'unica finalità: quella di tagliare, di risparmiare, di razionalizzare e di ridurre. Noi dobbiamo ripensare alla nostra rete ospedaliera, considerando che non solo è un problema di posti letto per acuti ma è anche una questione di tutela delle cosiddette “cure intermedie”.

Dobbiamo prevedere posti letto low care, dobbiamo prevedere risposte adeguate per i bisogni assistenziali di media o bassa intensità che necessitano di spazi e strutture adeguate.

Nella mia azienda sanitaria, la AUSL Toscana Centro - che è una delle più grandi aziende d'Italia con 15 mila dipendenti e 13 ospedali - abbiamo dovuto riaprire vecchi ospedali in disuso. Grazie alla riapertura di questi vecchi presidi, siamo riusciti a creare un polmone di riserva per le cure intermedie di quei pazienti Covid che stavano in una fase di miglioramento e di guarigione, ma che non erano ancora definitivamente guariti, in modo che non occupassero posti per acuti o ad alta intensità di cura.

La seconda cosa da rivedere è il tema del territorio. Dobbiamo trovare un modello che possa essere un po' il *file rouge* di tutti i territori regionali perché su questo non possiamo lasciare completamente l'autonomia alle regioni: hanno dimostrato di non essere all'altezza di poterlo fare.

Alcune regioni lo hanno fatto, è vero, ma la stragrande maggioranza delle regioni italiane non ha ancora investito in politiche territoriali. A me piace parlare di filiera corta; ovviamente sto utilizzando un termine di un altro settore: filiera corta vuol dire dare la risposta ai bisogni dei cittadini vicino al loro domicilio. Bene le Case della Salute, si faccia un investimento sul modello delle Case della Salute. Noi stiamo lavorando su un progetto sperimentale che abbiamo definito Case della Salute 4.0, un luogo dove fisicamente e strutturalmente i cittadini possono trovare una risposta 24 ore su 24 e dove l'elemento centrale è il medico di Medicina Generale che si integra con il medico della continuità assistenziale.

La sanità digitale deve essere l'elemento di collegamento con tutti i servizi che il territorio può esprimere: dalla rete delle farmacie, ai servizi socio-assistenziali, ai servizi psicologici, a quelli infermieristici, alla diagnostica di base, ai servizi di pediatria e anche all'odontoiatria pubblica.

Ah, l'odontoiatria pubblica. Una delle note più dolenti del Servizio sanitario nazionale.

In un paese civile come il nostro è l'ora di farla finita di assistere a una disparità enorme come quella che abbiamo sul tema dell'assistenza odontoiatrica. Nel nostro Paese garantiamo qualunque tipo di assistenza ma non l'odontoiatria. Riusciamo a distinguere il ceto sociale di una persona in base alla dentatura, perché le persone che hanno la pensione minima non se lo possono permettere di andarsi a curare i denti. Purtroppo i servizi sanitari odontoiatrici pubblici sono stati smantellati, e lo dico anche come regione (Toscana n.d.r.) che ha avuto comunque un occhio di attenzione.

Qual è il suo modello di assistenza territoriale?

La prima cosa è fare un po' di chiarezza rispetto alle sigle che sono simili a scioglilingua come UCCP o AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale). Vediamo quali sono i modelli sperimentali che hanno prodotto i migliori risultati e poi facciamo in modo di creare le condizioni affinché tutti i territori possano, in qualche modo, attuare questa modalità.

Poi vorrei che si dedicasse maggiore attenzione ai dipartimenti della prevenzione. Quei territori che hanno smantellato i servizi dell'igiene pubblica del territorio o dei dipartimenti della prevenzione sono stati quelli che hanno avuto più difficoltà a combattere anche questa pandemia. Forse dovremmo pensare ad un modello nazionale sul tema della prevenzione, ad una agenzia nazionale della prevenzione, che ci permetta di superare le differenze, le difficoltà e i confini che ci sono tra una regione e l'altra.

Le malattie infettive, come abbiamo potuto constatare con la pandemia, non guardano i confini di una regione, le vaccinazioni non guardano le differenze territoriali. Occorre rafforzare la funzione dei dipartimenti di prevenzione, sia sui profili della prevenzione primaria e secondaria, ma anche e soprattutto sul tema della tracciabilità.

Chi le fa le indagini epidemiologiche? Chi le fa le inchieste epidemiologiche se non abbiamo più medici igienisti in grado di poterlo fare o se non abbiamo più assistenti sanitari che hanno una dovuta formazione per fare questo? Noi, nel nostro territorio, abbiamo fatto 4831 inchieste epidemiologiche di sanità pubblica, abbiamo messo circa 10 mila persone in quarantena in alberghi sanitari, abbiamo gestito qualcosa come 40 mila persone tra la quarantena in alberghi sanitari e la quarantena in domicilio.

Questo lavoro lo devono fare i professionisti che hanno principi di epidemiologia, che hanno capacità di inchiesta sul territorio, che sanno fare le domande e che sanno fare la ricostruzione di quello che è avvenuto. Il tema della prevenzione deve uscire dal confine della partita minoritaria o addirittura superficiale delle politiche sanitarie del nostro Paese.

Prevenzione che spesso viene fatta anche nelle RSA. Lei che idea si è fatto di questa forma di assistenza sanitaria?

Io me lo chiedo spesso: che risposta vogliamo dare alle migliaia di anziani che abbiamo nelle RSA del nostro Paese? Vogliamo continuare a fare in modo che il settore privato possa combinare i guai che ha combinato recentemente, magari con l'ausilio di qualche mancanza del sistema sanitario regionale? Bisogna mettere mano alla riorganizzazione di una rete sul territorio dell'assistenza degli anziani, non è più possibile che una persona debba pagare fino a 3500 euro per assistere il proprio anziano in una struttura socio-sanitaria del territorio.

Mio padre è deceduto lo scorso agosto e pure io, che conosco tutto il mondo sanitario della mia regione e anche fuori regione, ho avuto difficoltà in prima persona, anche pagando. Non esiste una risposta adeguata per una persona anziana in una fase terminale della propria vita: non solo c'è la difficoltà degli hospice per le cure terminali, c'è proprio la difficoltà di accedere a prezzi calmierati e universalmente equi.

Credo che riorganizzare il servizio significhi riorganizzare anche le politiche socio-assistenziali del territorio, perché non si può pensare che assistere gli anziani significhi solo fargli la puntura, fargli la diagnosi o misurarli la pressione. Bisogna creare strutture che siano in grado di assisterlo dignitosamente, io non so se avete visto le immagini devastanti di quell'anziano che veniva mangiato dalle larve delle mosche perché era stato completamente abbandonato a se stesso.

Dopo tutte le immagini che ho visto nella pandemia Covid in questi quattro mesi, questa è, senza dubbio, quella che mi è rimasta maggiormente impressa. In un Paese come il nostro, vedere una cosa del genere neutralizza tutte le cose che abbiamo fatto di buono in questi mesi. La vita umana va trattata sempre con dignità. Per ridisegnare il sistema sanitario italiano, dobbiamo tenere questi elementi tutti assieme.

BIAGIO PAPOTTO

Segretario Generale CISL MEDICI

Il sistema sanitario nazionale ha mostrato delle crepe durante l'emergenza Covid e a pagarne le spese sono stati i medici. Ne parliamo con Biagio Papotto.

I medici caduti durante l'emergenza gridano vendetta. Tutto questo si poteva evitare?

Vorrei iniziare con qualche verso tratto da una poesia di Ungaretti: "I morti non fanno rumore, non fanno più rumore del crescere dell'erba". I nostri morti fanno tanto rumore, i nostri 177 medici, i nostri infermieri che sono morti e gli oltre 35 mila decessi. Ma fanno ancora più rumore i 30 mila operatori sanitari contagiati. Il Covid ha fatto aprire gli occhi su tutta la fragilità del nostro sistema sanitario nazionale, che - nonostante questo - è uno dei migliori al mondo, e ha fatto ancor più emergere le differenze fra sistemi sanitari regionali che hanno dovuto adeguarsi senza avere linee guida. Una volta terminata l'emergenza, non potremo metterci una pietra sopra e continuare come se niente fosse. Il rapporto tra Stato e regioni si dovrà inderogabilmente riequilibrare nell'ottica di un sistema sanitario nazionale solidaristico e nell'interesse unico dei cittadini che debbono avere risposte adeguate, uniformi e certe dalla Val D'Aosta alla Sicilia.

Come si sta comportando il governo Conte?

La risposta è stata adeguata, ma senza dubbio è stata importante la quarantena: la storia ci insegna infatti come essa sia sempre la miglior risposta alla diffusione di malattie infettive.

Secondo me ad ogni modo questo governo sta facendo bene a livello di finanziamenti alla sanità, basta ricordare che venivamo da 10 anni in cui son venuti a mancare 37 miliardi. Le riforme, lo ribadiamo da tanti anni, si fanno con gli attori che vivono giornalmente i problemi degli ospedali e i problemi del territorio, non con alteri "manager" seduti a tavolino. Nel Decreto "Rilancio" c'è un ottimo finanziamento per il sistema sanitario, per la rivisitazione della rete ospedaliera e per le terapie intensive, semi-intensive, per le pneumologie e le malattie infettive in generale, ma non ho letto se questo aumento di posti letto va ad aumentare quelli che il DM 70 stabilisce, perché se così non fosse rischiamo di aumentare i posti delle terapie intensive e semi-intensive, sottraendoli però alla cardiologia, all'ortopedia, alle chirurgie, ecc.

Le riforme vanno fatte bene e nei tempi più celeri possibili, perché abbiamo veramente bisogno di riportare il sistema sanitario nazionale verso la centralità della nostra nazione. Inoltre sono 10 anni che diciamo che il rapporto ospedale e territorio deve essere rivisto (ci aveva provato invano Balduzzi nel 2012 con la modifica dell'art. 8 della 502). Bisogna avere coraggio e iniziare una trasformazione anche nelle convenzioni, va sperimentato qualsiasi processo utile ai cittadini di questo Paese.

È chiaro poi che la pandemia ha dimostrato una fragilità in termini di mancanza di personale. Da qua al 2028 altri 40 mila medici, sia specialisti sia medici di base, usciranno dal sistema per andare in pensione. Non abbiamo come sostituirli, sono anni che chiediamo alle forze politiche di aumentare l'accesso alle facoltà di Medicina e alle professioni sanitarie, e aumentare al contempo le specializzazioni, visto che in Italia si entra nel sistema sanitario solo con la specializzazione.

Avevamo detto ai precedenti ministri che se avessero voluto sperimentare soluzioni diverse non ci sarebbero stati problemi perché eravamo disponibili. Ad ogni modo mi sembra chiaro che 8 mila specialisti all'anno non bastano, noi pensiamo che sia necessario formarne almeno 15 mila nei prossimi sei anni, altrimenti già fra due-tre anni saremo in una situazione ancora peggiore di quella - già al limite - presente. Al ministro, inoltre, avevamo chiesto la pari dignità della specializzazione della Medicina Generale con le altre specializzazioni.

Dopo i primi mesi in cui si parlava di angeli ed eroi, adesso alcuni medici sono finiti sul banco degli imputati.

In rapporto a tutti quegli angeli e quei santi che sono ancora in prima linea, ci aspettavamo dal governo una discussione un po' più franca. Accade quel che temevamo e che sulla stampa abbiamo sempre detto: dopo i santi avrebbero ripreso il sopravvento i poeti delle norme e i navigatori (quelli sì, di lungo corso...) della politica. Non serviva una riforma, bastava modificare 2-3 articoli della Legge Gelli come avevamo proposto e non sarebbe accaduto tutto questo, ovvero PM che mandano avvisi di garanzia a colleghi e professionisti che sono stati in prima linea.

In quel momento di confusione dove non c'erano ancora le linee guida della terapia si sono commessi tanti errori non voluti, ma siccome in Italia c'è l'obbligatorietà dell'azione penale sull'atto medico, immediatamente sono arrivati centinaia di avvisi di garanzia nei confronti di tantissimi colleghi e professionisti sanitari la cui colpa si può riassumere così: essere stati in prima linea a difendere il salvabile.

Ad oggi non esiste ancora un piano scuola. Si aprirà a settembre, ma non si sa ancora come.

Noi siamo stati convocati dal ministero in questi giorni come Medicina Generale e abbiamo dato il nostro assenso a mettere a disposizione i nostri studi professionali per dare la possibilità di eseguire i test sierologici in vista della prossima apertura delle scuole.

Siamo arrivati quasi a settembre e ancora oggi però non sappiamo in che modo possiamo aprire queste classi scolastiche. In queste riforme, lo ripeto convintamente, credo che sia necessario coinvolgere sempre gli attori principali, non si possono fare leggi seduti a tavolino.

Cosa pensa del rapporto fra sanità pubblica e quella privata?

Noi siamo sostenitori del sistema sanitario pubblico universalistico, il privato eccellente deve essere di integrazione col pubblico, ma ricordo che il privato accreditato non è privato profit, bensì gestisce soldi pubblici.

Poiché allora gestisce soldi pubblici dovrebbe essere più attivo nel rispondere a esigenze nazionali di fondamentale importanza come le pandemie. Le stesse norme del pubblico però dovrebbero essere applicate anche nei confronti del privato, altrimenti è ovvio per chiunque che ciò rappresenti una sleale concorrenza. Mi riferisco alla contrattualizzazione di tutti i propri dipendenti, mi riferisco alle norme del DM 70 in cui non si è fatto alcun riferimento alle dotazioni organiche. Nessuno, però, neanche il ministro, ha parlato di dotazioni organiche e il DM 70 è privo di riferimenti specifici alle dotazioni organiche.

Perché a noi mancano infermieri, fisioterapisti, perfusionisti e medici in generale? Non abbiamo linee guida nazionali riguardo alle dotazioni organiche che bisogna applicare; lo Stato dovrebbe fornire le linee guida a cui tutti si debbono adeguare. Se una divisione di Chirurgia con 20 posti letto avesse bisogno di 7 medici, dovrebbero allo stesso modo averne bisogno strutture private accreditate e le strutture pubbliche da Nord a Sud. Quindi dovremmo veramente creare un privato che sia non concorrenziale del pubblico ma integrativo di questo, con le medesime regole.

Mi riferisco anche alle stesse norme di incompatibilità. Non me ne vogliono i tantissimi colleghi pensionati, io credo che debbano godersi la meritata pensione; se vogliono lavorare, sono liberi di farlo, ma devono esercitare in libera professione. Ad ogni modo non possiamo avere tutto il personale - formato dentro le strutture pubbliche - che lavora a partita Iva nelle strutture private. Le dotazioni organiche non vengono rispettate e finisce che abbiamo giovani medici italiani sparsi per l'Europa perché in Italia non trovano lavoro o vengono loro offerti soltanto contratti a tempo determinato. Dobbiamo rendere di nuovo appetibile il lavoro del sistema sanitario nazionale, altrimenti i nostri colleghi scappano dagli ospedali pubblici e vanno verso il Nord dove hanno una maggiore retribuzione, una maggiore sicurezza sui posti di lavoro e una migliore rappresentatività aumentando il divario (intollerabile ai sensi dell'art. 32 della nostra Costituzione) di offerta di salute già oggi marcato tra le diverse zone del territorio nazionale.

So che avete chiesto di uniformare il 118 a livello nazionale.

Sì, in Italia esiste ancora questo assurdo. Il 118 è inserito nell'ACN della Medicina Generale. Lo abbiamo scritto al ministro e continueremo a ripeterlo: il 118 deve passare alla gestione pubblica e deve essere uniformato a livello nazionale su tutte le regioni. Non ci può essere un'emergenza diversificata regione per regione. In Toscana ci siamo riusciti a farlo diventare pubblico, ma in tante altre regioni non ce l'abbiamo fatta.

Inoltre abbiamo aperto un contenzioso perché stanno diminuendo gli stipendi di circa 800 euro mensili grazie a un articolo presente nell'ACN. Tantissimi colleghi stanno abbandonando il 118 per trovare altre soluzioni lavorative più remunerative. Bene ha fatto il ministro ad aprire al finanziamento della sanità, speriamo ci possa portare a riorganizzarla nel migliore dei modi. Ad ogni modo chiederemo con forza che la dotazione organica sia dislocata nel territorio e negli ospedali.

Il territorio deve iniziare a funzionare 24 ore su 24, è arrivato il tempo di dire basta che il venerdì a mezzogiorno o al più tardi alle due di pomeriggio il territorio sia assente nel dare risposte ai cittadini. Dobbiamo invertire la rotta in modo che i cittadini cerchino e ottengano risposte "a chilometro zero". E non dimentichiamoci della cronicità, delle RSA, e delle case per anziani perché il problema immediato sarà proprio questo: l'aspettativa di vita è cresciuta, fino a 84 anni, e ben venga (naturalmente) che cresca ancora, ma il nostro sistema sanitario deve continuare a dare sempre risposte adeguate, adatte ai mutamenti della curva sociale e parimenti dignitose per i cittadini giovani ed anziani. Questo è il futuro della sanità che vogliamo in Italia, questo è quello per cui la CISL Medici non smetterà mai di lottare.

PIERO RAGAZZINI

Segretario Generale FNP CISL

Difendere la fragilità degli anziani e trasformarli da problema a risorsa. Piero Ragazzini ci racconta cosa è avvenuto in questi mesi nelle RSA e come trasformare le difficoltà in opportunità.

Piero, sembra che il Recovery Fund sia diventato ufficialmente realtà.

Sì, una decisione speciale, finalmente un segnale di speranza, credo il vaccino migliore contro il sovranismo. Ora, come ha già indicato la nostra segretaria generale Annamaria Furlan, l'Italia non deve sprecare questa occasione storica. Il governo deve impegnarsi per realizzare un patto con le parti sociali per fare delle riforme non più rinviabili con al centro il valore della persona e il valore del lavoro.

Persone e lavoro. Se prima del Covid la situazione non era rosea, oggi è ancora più cupa.

A noi sta a cuore il valore della persona, l'essere umano è una creatura fragile. La vita di per sé è caducità e precarietà e il Covid 19 ha scomposto ulteriormente la nostra vita e l'intero assetto economico, produttivo, sociale, affettivo e relazionale. Esso ha esposto alla fragilità l'intero pianeta e non solo il nostro Paese e dentro di esso, come in una scatola cinese, sono emerse tante altre fragilità tra cui quella delle persone anziane, tra le più colpite dal virus.

Gli anziani hanno pagato il prezzo più caro.

Le persone anziane non sono morte a casa ma nelle RSA. Il 17 giugno 2020 è stato pubblicato il report finale dell'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sul contagio con il numero dei decessi. In pochi mesi, il virus aveva spazzato via 9154 anziani. Il picco dei decessi è stato riscontrato nel periodo 16-31 marzo, la percentuale maggiore di decessi sul totale di quelli riportati è stata registrata in Lombardia, 41,4%, poi il Piemonte col 18,1 e il Veneto 12,4%.

Il tasso di mortalità è complessivamente pari al 9,1%, ma il numero dei decessi purtroppo è quasi certamente superiore ai dati ufficiali perché non tutte le strutture hanno risposto al questionario dell'Istituto Superiore di Sanità. Le residenze per le persone anziane hanno dimostrato purtroppo di essere del tutto impreparate ad affrontare questo tipo di emergenza. Questi servizi nel tempo non si sono evoluti dal punto di vista sanitario, geriatrico, sociale e tantomeno tecnologico conservando al loro interno modelli di gestione per alcuni versi anacronistici.

Luoghi con una funzione prettamente di custodia e dunque inappropriati ai nuovi bisogni di salute e benessere delle persone anziane, degli uomini e delle donne. Molte indagini in corso da parte della Procura della Repubblica e dei Nas stanno facendo emergere gravi irregolarità in questi servizi residenziali, predisponendo anche fra l'altro la chiusura di alcuni di essi. Residenze prive dei requisiti organizzativi, strutturali e assistenziali per curare persone non autosufficienti.

Ci sono state poi gravi insufficienze igienico-sanitarie in materia di sicurezza alimentare e di sicurezza sui luoghi di lavoro. A volte addirittura sono emerse lacune a livello di autorizzazioni e gravissime carenze organizzative nella gestione dei pazienti Covid 19. Insomma, c'è stato un abbandono degli anziani e una mancata assistenza e custodia, a volte anche con esercizio abusivo della professione sanitaria. Sono emerse anche false attestazioni di titoli professionali e di autorizzazioni all'esercizio. Inoltre isolamento, solitudine e in alcuni casi abusi e violenze, costrizione fisica, abbandono sanitario e anche repressione delle libertà personali e del dissenso.

Come si può uscire da questa situazione?

La CISL, la FNP e le sue categorie propongono un nuovo contratto sociale che si faccia carico delle disuguaglianze e dell'esclusione, contribuisca a rilanciare il senso dell'efficacia del welfare ed esprima una spinta decisiva per la valorizzazione della democrazia rappresentativa.

Abbiamo di fronte l'occasione per un secondo Rinascimento del Paese. Per rendere possibile questo salto di qualità, occorre ribadire quanto sia errata l'alternativa tra salute ed economia come se fossero due entità opposte. Dietro l'economia ci sono la vita delle persone, la loro speranza di futuro e la loro dignità sociale. Se un sistema economico collassa, sono i più deboli purtroppo a pagare il prezzo più gravoso. Questa è la storia di tutte le crisi, non solo di questa causata dal Covid.

In un paese longevo con la demografia di fatto bloccata, gli anziani rappresentano ormai quasi un terzo della popolazione. Visto e considerato inoltre l'allungamento dell'aspettativa di vita, dobbiamo fare i conti con le varie fasi temporali che vanno dall'anzianità attiva, all'autonomia decrescente, alla maggiore incidenza della disabilità sino alla possibile non autosufficienza.

Quindi gli anziani rappresentano una classe sociale variegata, non siamo tutti uguali. L'elemento conduttore è l'emergere e lo svilupparsi della fragilità, che può essere un derivato dello svolgersi dell'età oppure può essere un esito progressivo indotto dalle patologie pregresse che qualificano la condizione anziana come cronicità. Io considero la cronicità un problema esistenziale, sociale, economico dell'età moderna e del terzo millennio, perché il Novecento con le sue miserie e la sua nobiltà lo abbiamo alle spalle. Anche la condizione sociale e la stessa residenzialità dell'anziano mutano nel tempo: si passa dalla vita di famiglia a percorsi di assistenza domiciliare, di cura delle patologie croniche, di assistenza sociale nelle comunità di prossimità e di inserimento nelle varie tipologie di soluzioni temporanee che le istituzioni locali predispongono come soluzione sociale.

Il rapporto con la cronicità infatti presuppone e richiede una forte integrazione socio-sanitaria. La condizione anziana impone di rafforzare l'impegno della sanità e dell'assistenza sociale e di tutelare di più l'utenza anziana, sia con il consolidamento del sistema sanitario, valorizzando il significato della salute come diritto sociale esigibile, universale ed accessibile, sia con la promozione territoriale e un'integrazione socio-sanitaria.

In modo particolare per l'utenza più longeva occorre fare chiarezza sulla stessa nozione di integrazione, perché essa non riguarda tanto l'integrazione fra le professioni o fra i sistemi gestionali ma piuttosto la costruzione di una vera e propria rete che permetta alle istituzioni, agli enti, ai professionisti, al volontariato e al sindacato del terzo settore di realizzare una autentica integrazione comunitaria.

L'anziano quindi va rimesso al centro del sistema sanitario nazionale che deve farsi carico di fragilità e cronicità. A livello territoriale invece cosa si può fare?

Bisogna creare piani di assistenza territoriali che consentano una più compiuta azione di promozione della salute e della prevenzione, nonché una migliore presa in carico e riabilitazione degli anziani, delle anziane, delle categorie fragili e dei soggetti marginali.

Intanto chiediamo al ministro Speranza, al presidente della Conferenza delle Regioni Bonaccini e al governo in generale di avviare subito azioni urgenti su questi aspetti, ad esempio su come garantire al familiare principale della persona non autosufficiente tutti i dispositivi necessari per evitare il contagio in modo da poter visitare il proprio caro o la propria cara al pari del resto del personale delle strutture.

Bisogna assicurare ai familiari attraverso un servizio telefonico, tramite sms, WhatsApp, videochiamate o persone fisiche un servizio di segretariato sociale attraverso cui gli operatori e le operatrici dell'equipe socio-sanitarie forniscano informazioni chiare, personalizzate, adeguate ed esaustive riguardanti la salute del proprio familiare, i trattamenti che sono in corso e soprattutto eventuali cambiamenti dello stato di salute, terapie, cure diverse e trasferimenti in altri ospedali. In questo modo la famiglia può partecipare in maniera consapevole alle scelte da prendere.

Bisogna poi garantire il rispetto degli standard qualitativi e anche quantitativi dei servizi sociali e sanitari, sia per fronteggiare un'inevitabile riduzione del personale conseguente all'emergenza del Covid, sia per compensare la minore presenza dei familiari e del volontariato. Dobbiamo dotare immediatamente le strutture su tutto il territorio nazionale di tecnologie multimediali e di assistenza per facilitare il contatto tra le persone anziane e il familiare. Purtroppo l'uso delle tecnologie applicate in questo ambito è davvero desolante e drammatico, mentre invece potrebbe diventare un elemento propulsivo di innovazione tecnologica.

E poi dobbiamo contrastare la solitudine, soprattutto in questo momento e anche in concomitanza con l'estate che è tradizionalmente un periodo delicato per le persone anziane e fragili. In conclusione, come afferma il priore di Bose, "la fragilità è dimensione costitutiva dell'umano, dimensione che interpella e chiede risposte, non la fragilità è il problema, ma le risposte che a essa si possono dare". Nella fragilità vi è un appello alla socialità e quindi alla solidarietà, che per il sindacato è uno dei valori fondanti.

Insomma, chi guarda umanamente la fragilità scopre che la fragilità riguarda tutti.

STEFANO BONACCINI

Presidente della Conferenza delle Regioni

L'Italia deve ripartire dalla medicina di territorio. Non solo ospedali ma case della salute e assistenza domiciliare. Ne parliamo con Stefano Bonaccini.

Andiamo dritti al punto. Il sistema sanitario nazionale ha funzionato o no?

Abbiamo uno dei migliori sistemi di sanità pubblica universalistica al mondo, sarebbe bene ce lo dicessimo di più perché a volte siamo noi stessi i primi ad essere troppo critici. Ad ogni modo dobbiamo andare a correggere le criticità del sistema sanitario pubblico italiano che sono diffuse e sono dovute anche a una diversa qualità e quantità dei servizi erogati nel Paese. Purtroppo avremo preferito non ce ne fosse bisogno, ma dobbiamo investire sempre e molto di più sulla sanità pubblica.

Io voglio trovarlo nelle prossime settimane, anche nella mia regione, qualcuno che mi torna a spiegare che dovremo privatizzare metà della sanità pubblica dell'Emilia Romagna. Non abbiamo difetti? Ma figuriamoci. Non abbiamo fatto errori? Io non dirò mai neanche da solo davanti allo specchio in bagno che non ho fatto errori. La verità è che questa pandemia ci ha colto tutti impreparati.

Noi siamo stati il primo paese democratico occidentale ad essere colpito, lasciando stare i regimi. E mi pare che tutto sommato si possa dire che grazie agli operatori della sanità pubblica ce la stiamo cavando meglio di altri. Poi certo, nessuno vuole togliere niente a quella privata. Ad ogni modo, grazie all'azione del governo italiano ne stiamo uscendo meglio di chi avrebbe potuto attingere da quello che era successo da noi e da qualche altra parte.

I suoi avversari politici non la pensano come lei. Senza fare nomi, diciamo tutta l'area sovranista.

Sono anni che cercano di convincerci che essere autoritari e populistici aiuta a governare meglio nell'interesse delle proprie comunità perché si decide prima e più in fretta. Ecco, mi pare che stavolta siamo dalla parte opposta. Quelli che vengono definiti autoritari e populistici, almeno da me, sono quelli che stanno mettendo nel dramma e nella disperazione i propri paesi.

Ce la stava per fare Boris Johnson, ce la stanno facendo Trump e Bolsonaro. E sapete quale risposta do io quando mi si chiede perché? Perché i populistici hanno bisogno dell'applauso quotidiano e in politica è impossibile ricevere gli applausi da tutti quando fai delle scelte. Se li ricevi vuol dire che dici alle persone solo quello che si vogliono sentir dire e a volte magari racconti anche bugie per evitare i fischi. Ecco, in quei paesi hanno raccontato bugie e adesso si trovano nella disperazione.

Qui si è avuto il coraggio di dire la verità e di fare qualche scelta anche azzardata, a volte magari sbagliata e poi corretta, ma alla fine abbiamo preso il toro per le corna. Rimane il fatto che bisogna investire di più sulla sanità.

Investire di più nella sanità pubblica o in quella privata?

Abbiamo bisogno di investire sempre di più nella sanità pubblica perché io credo in un sistema universalistico che garantisca che un povero viene curato allo stesso modo di un ricco. Diritto all'istruzione e alla tutela della salute sono due diritti fondamentali che un paese democratico e civile deve garantire a tutti indipendentemente dalla condizione socio-economica.

Per me esiste un sistema sanitario nazionale che deve essere maggiormente finanziato. Va dato atto a questo governo di averci messo 4 miliardi di euro, anche dopo le ripetute insistenze dei sindacati. Erano anni che non veniva finanziato così. Basta? No. Io, che mi sento italiano prima che emiliano romagnolo, ho detto anche dalle mie parti politiche che sgombererei dal campo l'idea che la gestione della sanità pubblica regionale debba esser coordinata da Roma. Perché se qualcuno viene nella mia regione a spiegare agli emiliani e ai romagnoli che la gestione del sistema sanitario regionale deve essere gestito dal centro non troverà l'opposizione di Bonaccini, troverà l'opposizione dei cittadini dell'Emilia e della Romagna.

Non vorrei che passasse l'idea che per portare a un miglioramento nazionale della qualità e della quantità dei servizi erogati, dovessimo peggiorare la qualità di quelle regioni che tutto sommato la gestiscono abbastanza bene. In 5 anni mi sono trovato ad avere a che fare con quattro governi di diverse esperienze politiche: tutti e quattro i governi hanno messo la mia regione tra le regioni benchmark, cioè riferimento per la gestione della sanità pubblica.

Ad ogni modo dobbiamo migliorare anche noi, perché questa pandemia ha fatto emergere alcune questioni e alcune fragilità e se non impariamo subito a metterci mano, rischieremo in futuro di essere travolti.

La sua Emilia Romagna è un esempio virtuoso di regione che ha saputo lavorare bene sul territorio.

Noi abbiamo bisogno sempre più di una medicina di territorio. Quei sistemi sanitari che non sono tarati solo o quasi solo su una ottima sanità negli ospedali se la sono cavata meglio. Medicina di territorio per me vuol dire tre cose. La prima: non solo ospedali ma Case della Salute. Qui ne abbiamo un centinaio e abbiamo in progetto di finanziarne altre 25. Ce la chiedono tutti i sindaci di qualsiasi colore politico. Non è un problema politico, è un problema di gestione del territorio.

Case della Salute significa luoghi in cui non devi essere ricoverato e dove fai già alcune cure primarie. In queste case ci lavorano alcuni professionisti che offrono servizi di qualità nel territorio a metà strada tra il domicilio e l'ospedale. La seconda: l'Italia ha solo il 4% di persone curate a domicilio. Il ministro Speranza ha confermato che con gli investimenti che stiamo facendo l'Italia dovrebbe superare il 6%. Il 6% è la media OCSE. Bene? Magari, ma non benissimo. Ci sono paesi in cui la cura domiciliare è già adesso il 10% dell'intera popolazione. Noi dobbiamo andare in quella direzione perché le persone sono sempre più anziane e sempre più fragili e aumentano le disabilità che dobbiamo aiutare, sostenere e curare. Io penso che sia anche una questione di civiltà.

Noi siamo stati tra i più colpiti perché Codogno, per chi sa di geografia, è più vicino a Piacenza che a tutti i capoluoghi lombardi: prima ci siamo difesi, poi siamo andati all'attacco. Noi abbiamo 80 di quelle unità speciali di continuità assistenziale chiamate correttamente USCA, abbiamo il numero più alto di unità che sono andate direttamente a casa ad assistere.

Adesso faremo 70mila tamponi ai due settori che in tutto il mondo sono diventati i nuovi focolai: lavorazione delle carni, per un ragionamento di bassa temperatura e logistica perché basta capirlo dal nome, se ci si sposta aumenta il rischio di essere contagiati.

Andremo a fare i tamponi a tutti per andare a scovare i positivi per poi isolarli. Abbiamo imparato che se abiti in un appartamento piccolo è bene metterti in un'altra struttura che sia un albergo, o sanità pubblica o privata, per evitare di contagiare i familiari. Curare le persone dove vivono o spostarle dal luogo dove vivono in un luogo vicino dove le puoi isolare e curare significa far circolare meno le persone verso gli ospedali e i pronti soccorso.

Quindi medicina di territorio sì e sempre di più: secondo me gli investimenti a cui il paese dovrebbe tendere sono questi. Come regione Emilia Romagna ci permettiamo di dire che è la direzione sulla quale anche noi dovremmo andare più rapidamente rispetto quello che stiamo facendo. Terzo: c'è da metter mano al tema RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), CRA (Casa di Residenza per Anziani), ASP (Azienda Sanitaria Provinciale). Anche in Emilia Romagna, dove le cose mediamente funzionano, c'è un problema che dobbiamo risolvere per aprire una nuova stagione.

Tenete conto che noi abbiamo già inaugurato 145 posti letto di terapia intensiva che non c'erano e ci saranno per sempre in sei ospedali di quattro città, perché è evidente che se tu crei quei posti letto che serviranno in futuro, speriamo non più per pandemie ma per vera e propria assistenza di terapia intensiva, li devi creare dentro o fianco degli ospedali per avere a disposizione i macchinari e il personale medico che serve.

Forse a livello economico non ci sono i soldi per mettere in atto un piano sanitario così articolato.

L'ho detto anche oggi in una intervista a un quotidiano nazionale, io sono tra quelli che speravano di prendere il Mes, perché 36 miliardi di euro senza condizionalità per la sanità pubblica non li vedremo mai più. E se uno mi chiede, ma andrebbero presi? Sì, io li avrei presi ieri non dopodomani.

Se mi arrivano tra i due e i tre miliardi di euro per l'Emilia Romagna saprei subito come spenderli: nuovi ospedali post Covid, Case della Salute, assistenza domiciliare, acquisto di macchinari e tecnologie, digitalizzazione e nuovo personale. Noi dobbiamo immettere una robusta iniezione di nuovo personale anche da un punto di vista generazionale perché su questo in passato si è investito troppo poco.

Porto a riferimento un accordo fatto con voi, CGIL CISL E UIL quattro anni fa: nella mia regione quando assumiamo qualcuno lo si assume a tempo indeterminato oppure non lo assumiamo. Dobbiamo andare a colpire il precariato che è stato un problema in questi anni.

Anche noi a un certo punto abbiamo creduto che un calcolo numerico potesse migliorare la nostra sanità: calcolando distanza dei capoluoghi dalla montagna, abbiamo pensato che l'assistenza periferica potesse essere gestita tagliando qualche posto letto e chiudendo ad esempio i punti nascita. Io li ho chiusi rispettando le leggi e le regole, ma adesso li riapro tutti. Cambiamo le regole e li riapriamo e per capire perché dico questo, è necessario fare una riflessione anche sul tema dei medici di famiglia.

Quando in appennino o in una piccola comunità di montagna lontana da un capoluogo chiude lo studio di un medico di famiglia, non chiude solo l'ambulatorio ma chiude un presidio sociale. E rischiamo di dire a quella comunità che tu non stai investendo su di loro anche se la media della popolazione è un po' più alta rispetto ad altri luoghi. Oggi fra l'altro a causa del Covid si sta riscoprendo la montagna come elemento di socialità con distanze e aria più pulita.

Noi non abbiamo chiuso nessun ospedale di montagna in questi anni, anzi ci stiamo investendo, e siamo stati costretti a chiudere i punti nascita perché c'era una legge nel 2011 del governo Berlusconi che era espressione di una volontà europea: l'Organizzazione Mondiale della Sanità diceva che sotto i 500 parti annui non era possibile garantire la sicurezza per i nascituri e le mamme.

Una cosa abbiamo capito: in quelle comunità, l'unico messaggio che è arrivato è che lo Stato non avrebbe più garantito sicurezza ma avrebbe tolto progressivamente dei servizi. Ho trovato nel ministro Speranza un interlocutore attento e interessato a adesso decideremo insieme come modificare i parametri. Quando c'era il governo giallo-verde, non son mai stato convocato per una riunione in un anno e mezzo. A me piacciono più i fatti della propaganda e quando guidiamo le istituzioni dobbiamo sempre ricordarci che noi le guidiamo negli anni che ci stiamo anche per quelli non che non ci han votato e che forse non ci voteranno mai, altrimenti faremo un lavoro sbagliato.

Mi dicono: "Stefano, attento, devi garantire la sicurezza delle mamme e i nascituri". Certo, mi spiegate come la devo garantire? Mi spiegate che è più difficile andare a lavorare in montagna e trovare i professionisti veri perché li dobbiamo pagare di più? Qualcuno diceva che si tagliava per un tema di risparmio, ma che risparmio vuoi che sia su 9 miliardi di euro di bilancio della sanità regionale dell'Emilia Romagna la chiusura di quattro punti nascita?

Io devo trovare il personale e pagarlo adeguatamente perché riesca a dire a quelle comunità che seppur distanti e lontani dai capoluoghi, anche loro hanno il diritto a avere alcuni servizi. Il problema non è quanto costano, ma a cosa servono.

Sia per la sanità che per le scuole, sia per le comunità marginali periferiche, noi dobbiamo cambiare parametri e paradigmi: se vogliamo che le persone continuino a vivere in montagna, dobbiamo garantire a loro dei servizi oltre al lavoro.

Voleva il Mes, è arrivato il Recovery Fund. Cosa ne pensa?

Io penso che adesso dobbiamo prendere per buono questo Recovery Fund. Mi pare sia un accordo davvero molto positivo, se confermato. Io penso che l'Europa di questi anni non serve a nessuno, neanche e soprattutto a se stessa. Un secolo fa gli europei erano il 25% della popolazione mondiale, adesso con questi ritmi demografici stiamo scivolando verso il 7-8% della popolazione mondiale.

Il tema della natalità va preso sul serio. A partire anche da quelle culture politiche da cui provengo io e che su quel tema hanno sempre fatto troppo poco. Una società troppo anziana è una società che rischia di avere poco futuro. Non è un riferimento che riguarda gli anziani, che dobbiamo far vivere sempre di più e sempre meglio, ma è legato al tema dell'investimento sulle nuove generazioni.

Ecco, io penso che le risorse del Recovery Fund siano adeguate a patto di destinarle nel modo giusto. Chi ne capisce più di me di economia ci aveva spiegato che i 36 miliardi di euro del Mes, per esempio, sarebbero valsi alcuni punti percentuali di PIL. Se parti infatti con l'edilizia ospedaliera, l'acquisto di macchinari e tecnologie e l'assunzione di personale è chiaro che aumenti il PIL perché si creano posti di lavoro e ripartono gli investimenti economici, a partire da quelli pubblici.

La sanità dell'Emilia Romagna è un modello, ma è pur vero che non tutte le regioni d'Italia si muovono alla stessa velocità.

Certo, dobbiamo trovare una uniformità maggiore tra le regioni. La nuova stagione di riforme dovrebbe esser quella, ad esempio, di un nuovo sistema sanitario pubblico che ragioni in maniera uniforme sui servizi regionali che devono essere garantiti. Io non mi sento orgoglioso perché l'Emilia Romagna è la prima regione, o tra le prime due, per numero di persone che vengono a curarsi qui rispetto a quelle che partono da qui.

Io vorrei vivere il prima possibile in un paese in cui ognuno si cura vicino a casa sua con la stessa qualità delle cure. Troverete in me una sponda sempre pronta a dire la propria nel difendere da un lato la qualità del sistema sanitario dell'Emilia Romagna costruito in decenni che ha portato a certi risultati, ma dall'altra la volontà di alzare il livello e gli standard di qualità della sanità pubblica dell'intero paese.

Poi c'è il tema degli anziani. Dobbiamo viverli come una risorsa, non come un problema. E questo è un tema che va affrontato anche in termini di risorse che arriveranno dall'Europa o quelle che il governo metterà nella futura finanziaria. Io penso che questa pandemia abbia dimostrato come ci sia bisogno di più Stato e di più pubblico, non meno. E ve lo dice uno che coi privati ha sempre avuto un eccellente rapporto.

Io firmai nell'ottobre dell'anno scorso, in piena campagna elettorale, l'accordo con la sanità privata della mia regione per i successivi tre anni, indipendentemente da chi avesse poi vinto le regionali. Mentre firmavo gli ho detto: se vinco io, con me il 20% non lo supererete mai. Patti chiari e amicizia lunga, perché bisogna sapere che se una regione vuole garantire a tutti una sanità di qualità, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche, ha bisogno di avere una sanità pubblica che sia la centralità e il pilastro di un sistema sanitario territoriale.

Il modello sanitario dell'Emilia Romagna potrebbe essere esportato nella altre regioni?

Noi non vogliamo insegnare niente a nessuno, però mi pare che questa delle Case della Salute obiettivamente sia una proposta concreta. Me la chiedono anche i sindaci della Lega o di liste civiche di centro-destra, vuol dire che non è un tema ideologico, è un tema di qualità di servizi nei territori.

E io spero che questo sia un indirizzo sul quale col governo si possa investire sempre di più. Io nel piacentino, ho fatto un accordo nel territorio più colpito per dare risorse ripartite tra i comuni che per 4/5 sono governati dalla Lega e dal centro-destra. Abbiamo fatto un accordo all'unanimità, poi sono andato a visitare gli ospedali di periferia col ministro Speranza. Su Piacenza arriveranno 20 milioni di euro aggiuntivi non previsti e li daremo agli ospedali di periferia, perché a Piacenza invece faremo un nuovo ospedale.

Secondo me la nuova sanità deve fare i conti con i diritti garantiti ai lavoratori e alle lavoratrici e col rispetto degli accordi che si prendono. L'anno scorso siamo riusciti tutti insieme a rinnovare dopo nove anni il contratto della sanità pubblica, ora stiamo arrivando a rinnovare dopo 14 anni quello della sanità privata. Vogliamo dire che non è degno di un paese civile attendere 9-14 anni per i diritti di lavoratori e lavoratrici a cui tutti dicono che sarebbe giusto dedicare un monumento? Prima di fargli il monumento, sarebbe utile metterli in condizione di lavorare bene e meglio.

Se lavoreremo così forse diamo un senso a quella che anche la CISL definisce una necessità, cioè irrobustire la medicina di territorio. Volevo ringraziare la segretaria Furlan perché in alcune operazioni che abbiamo fatto a livello nazionale coinvolgendo la Conferenza delle Regioni, ho trovato un sindacato non ideologico che ha provato a risolvere problemi non banali che erano fermi da anni. Ho sentito davvero il sostegno della CISL e di questo gliene sono grato.

DAVIDE GUARINI

Segretario Generale FISASCAT CISL

La crisi innescata dal Coronavirus offre la possibilità di rimettere al centro servizi e personale qualificato. Parola di Davide Guarini.

Il Covid ci ha reso più fragili. O forse lo eravamo già prima?

Credo che l'emergenza Covid ci abbia resi consapevoli della fragilità. Parliamo di fragilità di un sistema sul quale la pandemia ha avuto effetti devastanti. Nel settore socio-sanitario assistenziale c'è stato un impatto notevole sulle strutture che erogano assistenza agli anziani, alle persone fragili e alle persone in difficoltà. Il sistema è stato messo a dura prova dall'impatto del virus. Nel comparto del privato operano complessivamente un milione di addetti, che sono stati esposti al rischio alla pari di chi ha lavorato in prima linea nella sanità pubblica.

Tutti questi operatori e queste operatrici hanno contribuito in maniera significativa a garantire il welfare nel nostro Paese e quindi a garantire una tenuta economica e sociale. Su questo credo vada posta una maggiore attenzione. I lavoratori e le lavoratrici di questo settore si sono messi a supporto del sistema con encomiabile spirito di abnegazione.

Non dobbiamo solo pensare alle strutture: il sistema assistenziale ha delle funzioni ulteriori perché è chiamato al supporto psicologico delle persone fragili. L'assistenza domiciliare è tante volte l'unico modo per alleviare un po' le difficoltà e il disagio di tante persone e non è un aspetto secondario nella logica di migliorare la qualità della vita delle persone in difficoltà. In questa fase si è continuato a dare assistenza e servizi alle persone anziane, alle persone disabili, ai minori, alle persone con problemi di dipendenza e agli stranieri che in Italia stanno affrontando molte difficoltà.

Col passare dei giorni e dei mesi, le difficoltà sono sempre maggiori. Chi non era fragile lo è diventato, chi lo era già prima forse lo è ancora di più.

Tutte le persone con una fragilità molto alta vanno considerate un valore aggiunto da difendere. Le parti sociali, le organizzazioni sindacali e i rappresentanti delle aziende del settore si sono messe a lavorare velocemente sul tema e hanno cercato di contenere il più possibile il crescente disagio che si palesava di fronte ai loro occhi.

Queste persone hanno espresso la loro professionalità e la loro predisposizione a mettersi a disposizione del sistema per garantire e per supportare il sistema dei servizi e per sostenere le tante famiglie che sono state e che sono costantemente in difficoltà. Crediamo che ci debba essere una presa di coscienza da parte delle istituzioni. Bisogna pensare veramente a quello che è successo e farne esperienza per tornare a valorizzare il concetto del servizio che deve essere erogato.

Bisogna tornare a un regime di servizi sempre più qualificati per andare in controtendenza rispetto al contenimento della spesa dei costi o a quello che in questi anni è stato messo in campo. I servizi devono essere messi a disposizione in maniera capillare. Credo che il servizio di prossimità, detto anche servizio a chilometro zero, sia il migliore e il più sostenibile. La direzione a cui dobbiamo tendere infatti è l'assistenza domiciliare.

Su questo serve personale qualificato. Le parti sociali hanno una sfida importante e le organizzazioni sindacali, che seguono il settore insieme alle nostre controparti, devono lavorare per mettere a disposizione servizi di qualità sempre migliore e connessi tra di loro. A nostro avviso, è questo il valore aggiunto. Serve un potenziamento dei servizi al di fuori dell'ospedalizzazione, per dare vicinanza e supporto a chi vive la fragilità.

Abbiamo una partita fondamentale da giocare che passa attraverso la riqualificazione del personale proprio per mettere in rete quelle competenze che sono sempre più necessarie e che devono essere sempre mantenute e riqualificate. La professionalizzazione delle competenze quindi deve diventare il punto cardine da cui ripartire. Gli operatori sanitari infatti sono il valore aggiunto in termini di erogazione dei servizi socio-assistenziali.

Secondo Lei quindi va aumentata la qualità dei servizi offerti. Le risorse però sono quelle che sono e il mondo della sanità è pieno di precari.

Verissimo. Colgo l'occasione per fare un appello. Tutti i lavoratori precari e somministrati di questi settori devono essere considerati alla pari di tutti gli altri dipendenti. Gli devono essere riconosciuti i diritti, le spettanze e i premi opportuni e necessari in questa fase. Inoltre bisogna puntare forte sulla stabilizzazione del personale che è un elemento importantissimo. E qui entrano in gioco gli interventi governativi, che sono strettamente connessi alle risorse che verranno messe in campo dall'Europa.

C'è anche un altro tema importante legato alla salute, sicurezza e ai protocolli significativi che sono stati redatti e che non possono essere dimenticati quando l'emergenza sarà passata. L'elemento prioritario dovrà essere sempre la salute dei lavoratori e delle persone che usufruiscono di questi servizi.

Gli anziani devono condurre una vita dignitosa. Cosa deve fare la politica per garantire questo diritto?

Dobbiamo tornare a parlare di invecchiamento attivo anche attraverso un welfare che sia a supporto e ad aiuto del sistema pubblico e che ci porti a pensare a forme di vita attiva che possano giovare alla qualità dell'invecchiamento. Anche nelle fragilità e nelle complicazioni, gli anziani hanno il diritto a vivere una vita dignitosa. Di conseguenza dobbiamo mettere in atto delle politiche preventive per garantire una maggiore qualità di servizi e un percorso di cura che contempli la vicinanza delle persone care. Per fare tutto questo è necessario avere un sistema che sia supportato da personale qualificato e da una programmazione di lungo periodo.

MARCO IMPAGLIAZZO

Presidente Comunità Sant'Egidio

Il Covid ci ha messo di fronte a un bivio di civiltà. E come dice Papa Francesco, “peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla”. Queste le parole di Marco Impagliazzo.

Marco, sono in tanti a chiedersi se questa pandemia ci abbia reso o no persone migliori.

Non credo che la vera questione sia capire se ne usciremo migliori o peggiori. È piuttosto se abbiamo compreso cosa sta veramente succedendo attorno a noi, riconoscendo finalmente ciò che siamo. Papa Francesco ci ha dato un compito: peggio di questa crisi, ha detto a Pentecoste, c'è solo il dramma di sprecarla. Io partirei da qui e cercherei di riflettere su come non sprecare l'occasione di questa crisi.

I tanti dati emersi recentemente dall'Istat ci mostrano un Paese piuttosto spento e non solo per colpa del Covid 19. Il virus ha solo rivelato ciò che si nascondeva dietro il sipario, il Paese non cresce economicamente da almeno due decenni e alla fine del 2020 ci saranno meno di 400 mila nascite, il numero più basso dall'unità d'Italia. E' un Paese in cui – ultimo in Europa – entro tre anni dalla laurea trova lavoro solo il 58% dei giovani. Ci si aspetta poco da noi, poche iniziative, poca innovazione, si pensa che bisogna accontentarsi.

L'Italia oggi è piena di fragilità e non sarebbe un dramma se ne avesse più coscienza e se non le nascondesse dietro una falsa normalità. Dobbiamo lavorare sul tema del cambiamento, perché è l'unico che può salvarci. Di fronte a un virus che ha colpito la socialità dei popoli e dei singoli e che ci ha obbligato prima al confinamento e poi al distanziamento fisico, la prima cosa che mi viene in mente è quella di rispondere con un contagio uguale e contrario fatto di comunanza di destino e di sensibilità, di interdipendenza di percorsi e di traguardi. La storia del nostro Paese è ricca di esempi positivi, progressi prodotti da una collettività che in alcuni momenti ha percepito con forza di avere un destino comune. L'Arcivescovo di Bologna Zuppi ne sottolinea spesso l'importanza. Da questo sono scaturite alcune

grandi conquiste collettive del nostro welfare, quando le fragilità sociali sono state portate alla luce e messe al centro di importanti progetti riformatori. Non più la vergogna e l'occultamento, ma la maturazione e la presa di coscienza di nuovi diritti civili e sociali. Tra le grandi conquiste mi viene in mente la battaglia contro le istituzioni totali, a partire dai manicomi. Abbiamo giustamente celebrato l'anniversario della Legge Basaglia, ma poi ci sono anche le carceri, con le prime leggi che istituivano misure alternative alla reclusione. Più vicina a noi è la chiusura degli orfanotrofi, dei brefotrofi e la creazione di strutture assistenziali di tipo familiare per i minori che ne hanno bisogno. Dopo la Seconda Guerra Mondiale questi erano istituti che avevano reso più accettabile la vita dei bambini, di tanti ragazzi con disabilità o dei poveri salvati dalla strada. Ma a un certo punto anche questa bella pagina di assistenza sociale doveva diventare storia. Prima la Legge 328 di riforma dei servizi sociali, poi l'anno dopo, nel 2001 la Legge 149 che ne ha disposto la chiusura e il 31 marzo del 2009 la chiusura dell'ultimo istituto per minori: si è trattato di un grande avanzamento di civiltà.

Abbiamo fatto passi da gigante in termini di civiltà, è vero. Adesso però è importante non lasciare indietro nessuno. A partire dagli anziani.

La grande fragilità sociale oggi è rappresentata dalla popolazione anziana, sulla quale si è abbattuto lo tsunami del Covid 19 con una violenza inaudita. Non sto a ripetere i dati, che sono impressionanti. L'85% dei decessi per Coronavirus in Italia ha riguardato persone over 70, oltre il 56% individui sopra gli 80. Diciamo che una generazione è stata presa di mira e ha pagato il prezzo più alto. Ricordiamoci il tema della solitudine, i più deboli sono sempre i primi a farne le spese. Non è successo però solo in Italia ma in tutto il mondo occidentale: che si chiamino *nursing homes* in Inghilterra o negli Stati Uniti, *ephad* in Francia, o in un altro modo altrove, non importa. Più del 60% dei morti da Coronavirus in Europa erano anziani istituzionalizzati. Questo ci pone un enorme problema e qui parlo a nome della Comunità di Sant'Egidio, di tanti volontari della nostra Comunità in tutta Europa e di altre organizzazioni. Essi documentano il rapidissimo crollo psicologico dell'anziano subito dopo il ricovero, con delle conseguenze dirette sulla sua identità psicologica e personale. Questi esiti prescindono dalla qualità del luogo di accoglienza, sono conseguenti allo sradicamento della persona anziana dal suo consueto ambiente di vita e dal suo confinamento in orizzonti più ristretti. Tutto questo rappresenta un dramma da prendere in considerazione molto seriamente.

Ovviamente non è in discussione l'eroismo e l'abnegazione di tanti medici, infermieri e personale sanitario. Anche nelle RSA, nelle strutture residenziali, molti di loro si sono ammalati assieme agli anziani. Intollerabile è stato il modo in cui loro stessi sono stati lasciati nelle prime linee del fronte della battaglia senza dispositivi di sicurezza o senza adeguata preparazione. Tanti istituti privati ricevono abbondanti sovvenzioni ma hanno comunque lasciato il loro personale senza dispositivi di sicurezza e senza preparazione. Prendersela oggi con il personale per quel che è successo è secondo me inammissibile, perché è il sistema che va cambiato.

Si è parlato di emergenze, io preferirei parlare di emersione: è il modello che non funziona, perché tante volte entra in contraddizione con se stesso. Del resto sono anni che esperti operatori del settore, tra cui i sindacati confederali, chiedono una sanità meno "ospedale-centrica" con più risorse umane, finanziarie e organizzative sui territori.

Medici di base, guardie mediche, ambulatori: quelli che ci sono oggi non possono bastare, soprattutto se consideriamo che un buon 60% della popolazione che utilizza il Servizio sanitario nazionale ha più di 65 anni. Sono state istituite le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) per decongestionare gli ospedali e rafforzare medicina e cura di prossimità grazie all'assistenza resa al domicilio dei pazienti. Sono segnali nella direzione giusta, ora questi segnali vanno moltiplicati. Ridurre le strutture residenziali per gli anziani non mette a rischio posti di lavoro e occupazione. Riconvertire l'assistenza favorendo i presidi territoriali probabilmente richiederà più occupazione, più posti di lavoro e più specializzati. Sarà una buona occupazione che favorirà certamente il contenimento di una vera e propria distorsione del sistema sanitario italiano: quella di aver delegato in larga parte del Paese l'assistenza agli anziani ai privati.

In che modo lo Stato può tornare a riappropriarsi dell'assistenza agli anziani?

Le alternative ci sono e sono state trovate. Le posso elencare: dalle piccole residenze, alle case famiglia, al *co-housing*, all'assistenza domiciliare. La presa in carico territoriale dei bisogni di cura ha varie intensità. Il principio è che ogni anziano ha diritto a vivere fino alla fine dei suoi giorni in un luogo che può chiamare casa. Non trascurerei l'apporto fondamentale delle lavoratrici domestiche, delle assistenti familiari, dei o delle badanti.

Si finisce tante volte in una lungodegenza a partire da un raffreddore, questo è il problema della nostra società. Non sto parlando di persone gravemente malate con pluri-patologie, ma sto parlando di una mentalità che ha coinvolto anche le nostre famiglie. Papa Francesco parla di cultura dello scarto, l'anziano finisce fuori dalla famiglia e dalla propria casa per piccoli e banali motivi che possono essere trattati e risolti benissimo a casa.

Forse il mio discorso può sembrare un po' radicale, ma a me piace parlare chiaro. La Comunità di Sant'Egidio ha promosso un appello anche per evitare una sanità selettiva. Abbiamo parlato tanto dell'Olanda in questi giorni dal punto di vista delle riforme economiche in sede europea ma, dai dati in nostro possesso, risulta che in Olanda nel periodo della pandemia, tutti gli ultra settantenni abbiano ricevuto dalle autorità sanitarie un modulo che sottintendeva un forte impegno a sottoscriverlo: in caso di patologie o di complicazioni conseguenti all'infezione da Coronavirus, avrebbero rinunciato al ricovero ospedaliero per non sottrarre posti a chi avrebbe avuto più possibilità di loro di guarire.

Qui io penso che siamo a un bivio di civiltà: quindi ringrazio tantissimo le organizzazioni di rappresentanza, le associazioni, la FNP CISL per aver sostenuto in tutti i modi questo nostro tentativo di scongiurare una sanità selettiva e di provare a ripensare il nostro sistema sanitario e la cura degli anziani a partire da un modello più territoriale e più domiciliare.

ROBERTO MAURI

Direttore Centro Geriatrico San Pietro di Monza

Le RSA non sono il male assoluto e i medici che lavoravano al loro interno sono stati travolti dal Covid come i colleghi delle strutture pubbliche. Questo il pensiero di Roberto Mauri.

Roberto, non ci nascondiamo dietro un dito. Le RSA sono al centro di una polemica infinita.

Sì, non vi nascondo che mi sento un po' sul banco degli imputati. Ci sono RSA e RSA, l'Italia è lunga. Noi siamo del privato sociale, siamo una cooperativa sociale che nasce più di 40 anni fa con il supporto di una parrocchia di Monza e che ha fatto della territorialità la propria ragione di vita. Chi lavora, è importante che abbia delle radici sul territorio.

In seguito abbiamo creato un'ottima rete di servizi. Parliamo sempre ai convegni di rete dei servizi, ma sappiamo bene poi quanto sia difficile realizzarla. Ecco, al nostro interno è presente da sempre una rete di servizi che accompagna la persona nel modo più semplice e costante lungo tutto il percorso di cura.

In ultimo luogo la sperimentazione. Io credo che il privato sociale abbia oggi un compito importante che è quello di affrontare le nuove emergenze con una serie di risposte replicabili: se infatti riesco a offrire un determinato servizio o una determinata risposta innovativa ma non può essere replicata sull'intero territorio nazionale, o quantomeno regionale, rimane un lavoro fine a se stesso perché forse ci sono riuscito per tutta una serie di contingenze non replicabili.

Dal primo centro diurno integrato al Villaggio Alzheimer, noi offriamo una esperienza di accompagnamento a 360 gradi e siamo sempre aperti alle novità. Benissimo, andiamo in giro per il mondo, vediamo cosa hanno già inventato gli altri, perché è inutile inventare l'acqua calda, e poi definiamo insieme un modello.

Queste sono le attività che stiamo portando avanti in questi anni che da un certo punto di vista comportano un rischio. Io non sto tanto a dire privato, pubblico, oggi nel nostro mondo legato alla terza e alla quarta età, soprattutto nelle RSA, stiamo assistendo a una progressiva concentrazione delle strutture in mano a pochi grandi enti. Io credo che il sindacato e il programmatore regionale debbano porsi qualche interrogativo proprio per essere poi in grado di garantire sempre quella qualità che tutti noi vogliamo per i nostri anziani.

Prima di entrare nel merito del compito delle RSA, voglio spendere una parola su quello che invece è la vera scommessa che il sistema si trova oggi ad affrontare: il discorso dell'accompagnamento. Parlare di Italia oggi è davvero difficile perché quanto vale in Lombardia non vale assolutamente nelle altre regioni e questo è un grossissimo problema. Per quanto riguarda però la Lombardia, il vero problema non sta tanto nella carenza di risposte quanto nella capacità dell'intero sistema di collegare tra loro le varie risposte per fare in modo che l'anziano sia accompagnato nell'intero percorso di cura.

Accompagnare è secondo me il verbo importante. Noi Regione Lombardia abbiamo messo a fuoco questa famosa presa in carico che però è molto limitata rispetto a un concetto più ampio. Personalmente come cooperativa abbiamo posto all'interno della nostra rete di servizi un servizio sociale unico affinché un familiare possa essere guidato senza costi nelle varie risposte che devono essere il più possibile economici e funzionali ai suoi bisogni. Questo è il mix che noi ci troviamo a ricercare quotidianamente. Oggi invece la realtà è che ogni unità di servizio fa fatica a collegarsi con tutti gli altri servizi affinché la famiglia possa essere coinvolta a pieno in questo percorso di cura. Ecco, io credo che dobbiamo investire in questo nel prossimo futuro.

La sua RSA è sicuramente un passo avanti rispetto a tante altre, ma è pur vero che le indagini della magistratura stanno facendo emergere un quadro complessivo poco rassicurante.

Non è una difesa di ufficio perché non mi sento un rappresentante, sebbene sia anche il presidente dell'Associazione delle RSA qui del territorio di MonzaBrianza. Le RSA non sono tutte uguali, ma soprattutto le RSA nelle regioni non sono assolutamente uguali. Quello a cui noi però abbiamo assistito nell'epoca Covid è un assalto mediatico nei confronti delle RSA, prima ancora di capire che cosa era stato fatto o non era stato fatto. Io credo che sia stato un momento vergognoso e vergognoso è una parola ancora rispettosa del luogo in cui siamo.

Vedere giornalisti e politicanti improvvisati che ci dicevano ogni sera in televisione su tutte le pagine dei giornali cosa dovevamo fare o cosa non si doveva fare stando bene lontani e al sicuro sui propri divani è stata una cosa davvero faticosa da sostenere in un momento in cui nessuno, ribadisco, nessuno, compresi gli ospedali, era preparato per gestire un'emergenza del genere.

Dopodiché possiamo pensare a tutti i problemi che sono stati causa anche di questa impreparazione. Io oggi non entrerei nel merito di che cosa si è sbagliato nel momento del Covid, andrei a vedere cosa è stato fatto e cosa non è stato fatto negli anni precedenti: ospedalizzazione forzata e mancato sostegno del territorio e del sistema socio-sanitario.

Questo è stato il vero problema che noi abbiamo scontato, dire oggi che il numero dei morti sia la colpa delle RSA io credo che sia quantomeno sbagliato, come è sbagliato dire che le RSA non servono, che dobbiamo cambiare le RSA, che dobbiamo smontare un sistema, ebbene, io credo che sia come buttare via il bambino con l'acqua sporca.

Pensare oggi che si possa fare a meno delle RSA o che si possa pensare di fare delle piccole RSA di 20, 30, 40 posti vuol dire fare pura demagogia. C'è una fase della vita nella quale non è più possibile gestire la non autosufficienza a domicilio, a meno che una famiglia non sia in possesso di risorse paraospedaliere, cosa altamente improbabile.

Credo invece che sia necessario fare un ragionamento pacato nel quale si possa cercare di trovare una mediazione tra i numeri delle comunità, i servizi e quello che l'ente pubblico mette a disposizione per garantire a livello sanitario una serie di risposte.

Dire solo che è un sistema sbagliato, come ho sentito dire in questi mesi, credo sia davvero fuori luogo perché improvvisamente ci siamo trovati ad essere trasformati da persone che volevano bene alle persone anziane in mostri che li uccidevano. Ecco, io credo che sia necessario dircelo per onestà intellettuale: gli operatori degli ospedali e gli operatori delle RSA hanno fatto la stessa fatica, a volte anche gli stessi errori e spesso è anche questione di fortuna.

Vedendo quello che succedeva in Cina nei primi tempi, avevamo comprato tutto quello che poteva servire. Tanti miei colleghi più "sfortunati" che avevano acquistato le mascherine e tutti i DPI attorno alla metà di febbraio, si sono visti bloccare il materiale alla frontiera dalla Protezione Civile, che poi ha dirottato il materiale verso gli ospedali.

Quando sento dire che le strutture non hanno fornito i lavoratori dei dispositivi mi verrebbe da dire che forse sarebbe il caso di metterci il naso dentro alle cose, perché è davvero tipicamente italiano trovare il colpevole ancora prima di aver concluso le indagini. Io vi posso assicurare che ho lavorato due mesi e mezzo senza fermarmi un giorno, né sabato né domenica, e tornare a casa alla sera e sentirsi regolarmente sul banco degli imputati è stata una cosa molto delegittimante per tutti noi.

Nella mia RSA non ho ospitato alcun malato di Covid ma in linea di massima sono state pochissime le strutture in Lombardia che hanno aderito a questa richiesta e ciononostante, riuscire a gestire una residenza per anziani in quel periodo senza entrare a contatto con il Covid è stata più una questione di fortuna che di capacità. Tutti infatti avevano adottato una serie di normative non chiarissime perché dovevamo fare i conti con una realtà che non conoscevamo e il virus, soprattutto nel mese di marzo e nei primi giorni di aprile, era una cosa davvero problematica.

MARCO TRABUCCHI

Presidente Associazione Italiana Psicogeriatria

Il problema vero è che non possiamo più aspettare il domani perché la riforma del sistema sanitario va fatta oggi. A partire dalla formazione. Queste le parole di Marco Trabucchi.

Marco, tutti parlano del domani ma nessuno parla di cosa fare oggi.

Mi considero un vecchio e quindi mi scuserete se userò un linguaggio un po' forte a difesa degli anziani fragili. Il problema vero è che abbiamo bisogno di fare qualche cosa domani mattina.

Qui continuiamo a parlare di MES, parliamo di finanziamenti futuri, ma se succede qualche cosa a ottobre-novembre non siamo preparati, escluso alcune regioni come l'Emilia Romagna, la Lombardia e il Veneto, che stanno facendo comunque poco per sanare una situazione molto grave.

Domani faremo, provvederemo, la gente soffre domani mattina, la gente rischia di morire di nuovo domani mattina. Questo è un invito un po' duro ma chi vive nella realtà non può negarlo. Ci sono alcune cose da fare a breve e non sento nessuno parlare di formazione.

Noi non siamo in grado di formare operatori delle persone anziane fragili. Non se ne parla all'università, non se ne parla alla Facoltà di Medicina, non se ne parla per gli infermieri, non se ne parla per gli altri operatori sanitari che sono la struttura fondamentale di molti servizi. E allora se non riusciamo a formare seriamente queste persone il problema rimane nonostante entrino in gioco valori come la generosità o l'esperienza sul luogo di lavoro.

Noi oggi abbiamo degli operatori di grande qualità ma dobbiamo studiare, formare e fare modelli di insegnamento soprattutto in quei luoghi dove non c'è nulla. Oggi non stiamo preparando alla medicina delle cronicità i medici, gli infermieri e gli altri operatori. Va bene che la scuola italiana sta andando a pezzi, ma dobbiamo pensarci molto seriamente. I corsi di aggiornamento degli operatori non si fanno più perché sono considerati perdita di tempo: invece dovrebbero essere considerati investimento. In alcuni posti, per esempio, la manutenzione di una TAC o di una risonanza vengono fatte tutte le settimane tutti i mesi. Il nostro patrimonio è la cultura e il lavoro degli operatori, due settori dove non facciamo mai nessun aggiustamento, mai nessun controllo della funzione, mai nessun intervento migliorativo.

Primo punto quindi la formazione del personale. Poi cosa va fatto?

Poi dobbiamo occuparci, a mio giudizio, del problema del territorio. Come pensiamo però di poter fare un cambiamento strutturale dove non c'è nulla? Per fortuna l'Emilia ha portato avanti questa proposta molto concreta che sono le Case della Salute. In tante regioni però non c'è nulla, c'è stata solo una medicina di famiglia: è inutile che indoriamo la pillola. Medicina di famiglia fra l'altro che in moltissime zone della Lombardia e del Veneto è sparita, c'erano i poveri vecchi soli a casa con un coniuge magari altrettanto vecchio, non sapevano dove andare e avevano paura di chiamare l'ambulanza perché non sarebbero più tornati indietro. E la medicina di famiglia non rispondeva.

Bisogna cambiare la medicina territoriale, è un problema che però non riusciremo a realizzare domani. Io per esempio sono preoccupatissimo adesso per l'entrata degli infermieri di famiglia. Dove li mettiamo gli infermieri di famiglia che verranno pagati? Dove li mettiamo, a fare le carte nei distretti? Avete visto voi un modello? Dicono che li metteranno a lavorare nel territorio, ma dico, ma scherziamo? Parole vuote così dovrebbero far vergognare chi le pronuncia, dove li mettiamo, a fare i servi dei medici? Spero proprio di no, li metteremo a riempire carte nei distretti? Spero proprio di no. Li faremo andare nelle case delle famiglie? Spero di sì, ma allora non sono abbastanza. Siamo contenti perché finalmente avremo gli infermieri di famiglia, ma nessuno sa esattamente dove andranno a finire. Serviranno ai bambini? Serviranno agli handicappati adulti? Serviranno agli anziani? Aspetto ancora una risposta.

Qual è la sua posizione in merito alla polemica sulle RSA?

Ci sono case e case, ma posso affermare che in regioni come Emilia, Veneto e Lombardia la qualità media è assolutamente sotto controllo. Adesso non voglio usare parole eccessive in positivo, ma assolutamente sotto controllo. Nella provincia di Brescia dove lavoro io, ho prevalentemente sotto controllo 6 mila e 100 ospiti. Pensate, 6 mila e 100 nostri anziani, vicini di casa, amici, genitori, e parenti che vivono nelle residenze in un sistema che funziona. Credo che in provincia di Brescia non esista una una struttura per anziani indegna della propria funzione.

Certo che sono private le IPAB, le regioni non se ne volevano occupare. Sono private alcune fondazioni, ma in realtà il privato profit è ancora qualcosa di limitato. Alcuni privati sono stati addirittura scaricati da Zaia che ha detto: noi non ce ne occupiamo, paghiamo solo la retta e basta.

Il privato è un mondo che non interessa: sono realtà nate dalla generosità delle comunità del passato, dalla Chiesa, da donatori privati che non possono essere svilite da presidenti che le invitano ad arrangiarsi. Lo so anch'io che a Milano c'è stato un luogo indegno, ma chiunque vive nell'ambiente lo sapeva anche prima che era un luogo indegno e la colpa è della politica che lo ha sempre protetto. Quel luogo, che io non oso neanche nominare, è sempre stato protetto dalla politica dai tempi di Chiesa. Un luogo dove la medicina e la cura degli anziani si è fatta male.

Cosa può fare la FNP CISL per i nostri anziani?

Il ruolo della FNP CISL in questo discorso potrebbe essere fondamentale, a patto che venga ripreso in mano un discorso di realismo concreto. Gli amici della CISL devono tornare a occuparsi di queste cose con la concretezza tipica del sindacato e fuori da ogni ideologia. Gli anziani fragili hanno bisogno di rispetto della loro dignità e della loro libertà. Un sindacato pragmatico che sappia trovare davvero le strade migliori perché la libertà e la dignità sono due parole fondamentali. Sono due parole chiave che si riferiscono a persone più sfortunate, ai nostri nonni, ai nostri padri che hanno forti limitazioni nella loro autonomia e devono essere difesi. E tutto questo, la FNP CISL può farlo.

ANNAMARIA FURLAN

Segretaria Generale CISL

Il Covid ha fatto emergere le crepe di un servizio sanitario nazionale che era già in crisi da qualche anno e dove uno per curarsi, deve affidarsi ai viaggi della speranza. Ne parliamo con Annamaria Furlan.

Segretaria Furlan, la CISL viene da mesi di grande impegno sul fronte della sanità.

Come organizzazioni sindacali abbiamo vissuto mesi molto drammatici. Da una parte abbiamo cercato di creare le condizioni per rendere i luoghi di lavoro un po' più sicuri, laddove non si poteva nemmeno per un giorno smettere di lavorare, dall'altra abbiamo cercato di affermare con volontà che il tema sanità è un tema di civiltà in un paese. E quando viene sottostimato e sottovalutato la democrazia vera, quella che Pastore definiva la democrazia reale, la democrazia praticata, viene in qualche modo compromessa. Quando un cittadino non può esercitare il suo diritto alla salute, come il suo diritto alla formazione, il suo diritto alla sicurezza sul lavoro, è ovvio che vive la sua cittadinanza in modo molto limitato.

Quindi se non altro possiamo sperare tutti assieme come Paese di aver imparato una cosa fondamentale: i conti della sanità non possono essere messi a posto, come è successo negli ultimi vent'anni circa, tagliando i posti letto nei nostri ospedali, tagliando le terapie intensive, tagliando la sanità sul territorio e tagliando i posti di lavoro di medici, infermieri, OSA e tutto il personale sanitario perché è davvero quasi miracoloso come il personale sanitario abbia reagito davanti a quello che ha vissuto il nostro Paese.

Una volta ringraziato questo nostro favoloso personale sanitario, uomini e donne che non hanno mai guardato l'orario, che hanno messo a rischio la loro vita, che non potevano tornare a casa per paura di contagiare i propri familiari e riconosciuto moralmente il loro lavoro, bisogna creare una condizione sanitaria nel Paese in cui non occorrono gli eroi che rischiano la vita perché finalmente si è costruito un sistema sanitario che sa reggere anche condizioni sicuramente non prevedibili.

Il Covid è stato solo la punta dell'iceberg di un sistema già in crisi?

Sì, la pandemia ha portato a galla tanti nodi irrisolti da tanti anni. Lo smantellamento continuo della sanità territoriale non nasce nel periodo del Covid, nasce da una volontà di fare questo esercitata nel nostro Paese dai vari livelli istituzionali e che si è perpetuata negli anni. E l'alternativa alle RSA per molti anziani è auspicabile come ci dicevano giustamente alcuni amici? Serve una sanità, anzi un socio-sanitario territoriale che funziona davvero e un sistema di supporto alla famiglia, altrimenti l'RSA diventa per molti l'unico strumento per affrontare un tema generale che è l'invecchiamento della nostra popolazione.

Io sono assolutamente convinta che l'anziano sia una risorsa e che sia un valore, ma oltre che dirlo nel nostro Paese bisogna metterlo in pratica. Se non è praticato rimane solo un bel titolo che ogni tanto ascoltiamo e diciamo nei convegni, ma che non si trasforma né in priorità economiche e né in capacità programmatica nel nostro Paese. Il tema delle fragilità che investe gli anziani, che investe le persone con patologie e investe drammaticamente i bambini nel nostro Paese, porta a galla un Paese molto egoista, perché tali siamo diventati.

La fragilità viene considerata un aspetto secondario: se si riesce a dare qualche risposta bene, se no le cose importanti vengono prima. E questo è avvenuto per gli anziani durante la pandemia e avviene quotidianamente anche nell'infanzia. Pensate che la scuola è l'unico luogo di lavoro dove non abbiamo ancora realizzato un protocollo sicurezza per la riapertura. E questo vale non solo per i lavoratori e le lavoratrici della scuola, ma anche per i bambini.

Durante l'emergenza Covid era tutto un "sì, oggi ne sono morti 400, però 300 erano molto anziani": era diventato tutto un luogo comune, un commento normale davanti a dati statistici che raccontavano di persone che non ci sono più. Questo la dice lunga su come il sentimento comune sia quello di non individuare le fragilità come una delle priorità da affrontare ma come qualcosa che deve essere relegato in secondaria importanza.

Lo ritroviamo nei bilanci dello Stato, delle regioni, spesso anche dei comuni, ma lo ritroviamo anche in un sentimento di emarginazione che è molto più profondo di quello che immaginiamo e che va affrontato. Il Mar Mediterraneo per esempio è un cimitero a cielo aperto, ma tanto sono immigrati clandestini. E poi c'è il tema dell'infanzia: a seconda di dove un bambino o una bambina ha la fortuna o la sfortuna di nascere nel nostro Paese, ha servizi completamente diversi per quantità o per qualità.

Sento dire: “Abbiamo oltre 35 mila morti di Covid ma ci sono paesi che stanno peggio e comunque da noi la maggioranza erano anziani o persone comunque con altre patologie”. Non voglio esasperare questo concetto, ma guardate che i luoghi comuni a cui spesso assistiamo non si sentono solo al bar e si possono ascoltare anche in tanti talk-show con fior fior di politici e di responsabili istituzionali che dicono molto di come sta cambiando il Paese nel profondo dell'anima delle persone.

Quindi non ci sono speranze, insomma.

No no, possiamo nutrire qualche speranza e guardate, anche nel periodo Covid abbiamo avuto tantissimi esempi positivi anche in un periodo dominato da un sentimento di paura, il più difficile in assoluto da governare. Abbiamo avuto tantissimi esempi, pubblici e privati, di una generosità straordinaria. Questo vale per il personale sanitario delle strutture pubbliche come delle strutture private, vale per i tanti volontari che si sono adoperati in ogni modo per far sentire le persone un po' meno sole, vale anche per la generosità di tanti italiani che hanno anche economicamente voluto contribuire e sostenere il sistema sanitario, l'intervento della Protezione Civile. Tutto questo è stato fatto in silenzio, senza clamori, come generalmente si esprime la generosità e il volontariato, anche in grande contraddizione rispetto agli atteggiamenti che abbiamo visto spesso nei conflitti e nei litigi istituzionali.

C'è stato un momento dove onestamente non se ne poteva più di tutto questo: da una parte gli uomini e le donne con una sofferenza straordinaria, i volontari e il personale sanitario che con una generosità encomiabile facevano di tutto per salvare una vita o per alleviare una sofferenza e dall'altra i litigi. I litigi tra le istituzioni, le accuse tra le istituzioni, ancor prima di inquadrare il problema e capire che cosa si dovesse fare per arginarlo.

Poi sarebbero venuti i momenti delle liti e delle recriminazioni, ma intanto l'attenzione doveva essere quella. Io credo che quello che salverà il nostro Paese da questa deriva molto egoista che continua a ripetersi su argomenti diversi è che gli italiani e le italiane, alla fine, non dimenticano di essere umani.

Quante volte abbiamo sentito, e non mi riferisco soltanto al Covid, questa raccomandazione a rimanere umani, non ci si deve raccomandare e assicurare di mantenere la nostra umanità, no? Dovrebbe essere intrinseca nel nostro DNA di persona, eppure ogni tanto ne sentiamo il bisogno perché salvare una persona al mare non significa violare la legge, ma significa salvare una vita umana, perché non considerare i morti un po' meno perché intanto avevano patologie associate al Covid o erano vecchi o perché in fondo un bambino se non inizierà la scuola il 15 di settembre forse la inizierà a ottobre o a novembre.

Io credo che noi dobbiamo pretendere un cambiamento molto forte e questo a prescindere guardate se a ottobre, novembre, dicembre, speriamo di no, il virus tornerà in tutta la sua negatività. Dobbiamo pretendere un sistema sanitario migliore perché al di là del Covid siamo ancora un Paese dove ci sono i viaggi della speranza, se io devo curare una leucemia o una patologia grave o devo fare un intervento nella mia regione è meglio che non lo faccia.

Devo prendere la valigia e trasferirmi in un'altra regione. Noi non abbiamo un sistema sanitario uguale in tutto il Paese, anche se nel complesso rimane uno dei sistemi sanitari migliori del mondo se nasci nel posto giusto. I viaggi in cui si va da un bravo oncologo in una struttura fuori regione perché si ha più speranza di vita c'erano prima del Covid e ci sono adesso.

C'è bisogno quindi di azzerare le differenze sanitarie fra le regioni.

Sì, il cambiamento del sistema sanitario deve essere profondo e deve garantire la stessa qualità della cura, che si nasca a Palermo, che si nasca a Firenze, che si nasca a Bolzano o nella mia Genova. E lo dico perché se no sembra che noi abbiamo un sistema sanitario perfetto che soltanto l'eccezionalità del Covid ha in qualche modo messo in discussione.

Non è così, se no non saremmo un Paese dove il viaggio della speranza per curarsi, e questo vale per gli adulti e per i bambini, è all'ordine del giorno. Il Covid fra l'altro ha colpito in quelle regioni dove notoriamente l'eccellenza sanitaria e il sistema sanitario in generale sono tra i migliori del nostro Paese:

Lombardia, Veneto, Emilia. Parliamo di regioni che hanno un sistema sanitario mediamente forte, figuriamoci se avesse colpito allo stesso modo altre regioni del nostro Paese. Nella città di Palermo, ci sono tre posti di terapia intensiva.

Tre posti. Oggi, dopo il Covid, qualcosa di più ma il livello è sempre quello.

E negli ultimi otto anni nel nostro Paese, modello di sistema sanitario, abbiamo visto bene di tagliare 35 mila posti letto di terapia intensiva. Allora tutta questa discussione sul Mes, 37 miliardi con un unico vincolo di essere spesi nella sanità, è un insulto rispetto a chi è stato male e a chi ancora peggio non è più tra di noi, un vero insulto.

Io non posso accettare che dopo quello che abbiamo vissuto per questioni interne alla politica dentro alla maggioranza, o tra la maggioranza e l'opposizione, non si utilizzino 37 miliardi. Che tra l'altro sono più o meno quelli tagliati negli ultimi 15 anni in termini di posti letto e di posti di lavoro nel sistema sanitario.

Allora il tema non può essere se prenderli o meno, lo scontro vero in termini di capacità di proposta dovrebbe essere sulle idee migliori per utilizzarli subito al meglio. Questo per non tornare del tutto impreparati ad affrontare, eventualmente il Covid ma in generale per creare condizioni affinché a prescindere dalla patologia che ti colpisce, tu ti possa curare nella tua regione e nella tua città.

Il taglio drammatico alla sanità territoriale comporta per gli anziani l'unica scelta delle RSA, ma comporta anche, per anziani e non anziani, liste d'attesa infinite per fare gli esami o per fare lo screening sanitario. Investire nella sanità territoriale e secondo me per molti aspetti nel socio- sanitario a livello territoriale è uno degli elementi prioritari per prevenire la malattia o per diagnosticarla nell'immediato, quindi con possibilità di cure e di soluzioni sicuramente migliori.

Credo che noi faremo molto bene, e lo faremo come CISL spero anche unitariamente, a pretendere che quei 37 miliardi siano immediatamente presi e utilizzati tutti. Questi possono essere incassati prima del resto con un programma serio di intervento in modo particolare sul socio-sanitario territoriale, ma anche per dotare tutti gli ospedali nel nostro Paese di strutture innovative necessarie. Io credo che noi lo dobbiamo pretendere dal governo italiano.

Allo stesso modo dalle nostre regioni dobbiamo pretendere che la sanità a livello territoriale non sia abbandonata, ma sia al contrario recuperata. In alcuni casi dovrà addirittura essere inventata perché non c'è niente da recuperare nel senso che non esiste. Niente più tagli ai posti letto, a cominciare da quelli di terapia intensiva e assunzioni del personale che devono essere realizzate fin da subito.

Il ministro Speranza parlava di risorse e di riforme. Una cosa è strettamente connessa all'altra.

Allora, do qualche dato perché i numeri aiutano. Abbiamo circa una programmazione di 24 mila assunzioni. Noi, solo di infermieri, abbiamo un meno 35 mila. E i medici italiani sono i più anziani d'Europa. Io ringrazio di cuore tutti i medici e gli infermieri già pensionati, a proposito di generosità delle persone: hanno detto io ci sono, torno in ospedale e do una mano. Un Paese come il nostro però può immaginare cose di questa natura solo in termini di eccezionalità, non di regola.

Noi abbiamo un numero di medici, circa 52 mila, che da qua al 2025 andrà in pensione. Che sono esattamente la metà del personale medico nel Paese. Quando programiamo quattro mila assunzioni, di cosa stiamo parlando? Se già oggi mancano 35 mila infermieri e programmo diecimila, undicimila assunzioni, di cosa parliamo?

Allora i soldi del MES servono a questo, non servono a mettere una bandierina su chi era contrario e su chi era a favore e non possono diventare il gioco delle ripicche che pur essendo favorevoli si dice no per non dare ragione all'altro, ormai siamo a questi livelli.

Cosa pensa di quello che è avvenuto in alcune RSA?

Partiamo da un assioma: dove non c'è il servizio di qualità, non può esserci lavoro di qualità. Questo vale nei servizi sanitari, nei servizi sociali e in tutto. Se non c'è un rapporto di lavoro di qualità e tutto si basa sul precariato, come possiamo immaginare di avere un servizio di qualità?

Ma quando abbiamo la sanità privata che è stata 14 anni senza regolare il contratto, 14 anni, ma come posso immaginare di fare innovazione o di alzare il livello della qualità e il servizio se non si rispetta il lavoro delle persone? Se lo Stato italiano nella sua legge finanziaria pre Covid, non post Covid, non mette nemmeno le risorse adeguate per rinnovare i contratti, cosa devo pensare?

Io devo proprio ringraziare il Signore del senso di abnegazione totale di quei lavoratori e di quelle lavoratrici. E poi c'è la questione dei livelli di qualità che devono essere pretesi da tutti, a partire dagli accreditamenti delle strutture. Per le strutture convenzionate, a partire dalle RSA, bisogna fare una riflessione: abbiamo ottime strutture, abbiamo quelle che non sono buone per niente e ne abbiamo alcune che sono addirittura drammaticamente pessime per chi ci lavora e per chi ci vive.

Allora, il tema dell'accREDITAMENTO dovrà essere forse rivisitato? Io credo di sì, perché davanti a strutture di grande qualità abbiamo anche strutture dove vivere fa accapponare la pelle, per non dire peggio. E i controlli e la vigilanza su tutto questo devono essere assolutamente rinvigoriti. Siamo un Paese che chiede molto spesso giustizia, ma siamo un Paese dove il tema vigilanza e controllo è sempre latitante e insufficiente. Questo vale per la sicurezza del lavoro e sul lavoro, tante morti sul lavoro sono causate da una sicurezza non rispettata e nessuno che vigila. Qui si potrebbe aprire anche un discorso sui tanti tagli al personale di ispezione sulla sicurezza sul lavoro. La vigilanza, ad oggi, è del tutto insufficiente.

Credo che il tema della prevenzione e della vigilanza nelle strutture sia un tema fondamentale, allo stesso modo è necessario realizzare livelli essenziali che devono essere dignitosi per le persone e che devono essere comuni, rispettati in tutto il Paese e in tutte le strutture. Credo che oggi sia il momento di affrontare questi temi insieme a una politica della famiglia. E nella politica per la famiglia io inserisco anche la sanità territoriale e l'assistenza territoriale, perché è l'unico modo per sostenerla.

Dobbiamo rispettare e pretendere il rispetto di quelle regole e di quei livelli essenziali che devono essere garanzia per tutto il Paese, a prescindere da dove nasci. Qualche giorno fa il sindaco Sala è tornato sulle gabbie salariali ma ci dimentichiamo che c'è tutta una parte del Paese dove a seconda della patologia sei obbligato a fare la valigia e andare al nord o in alcune regioni del centro: se vuoi fare didattica a distanza perché la scuola di presenza è stata sospesa, non la puoi fare perché non ti arriva la banda larga. Inoltre ci sono alcune regioni in cui la struttura territoriale della sanità è quasi inesistente.

Invece di individuare questi obiettivi di diritti di cittadinanza vera e di reale democrazia partecipata, perdiamo tempo con amenità come le gabbie salariale e di robe di questa natura. Noi CISL ci faremo sentire in modo molto chiaro e non solo perché è un atto di giustizia e rispetto del diritto sacrosanto alla salute sancito nella Carta Costituzionale, ma perché credo che dal punto di vista economico sia importante avere una sanità che funzioni. Non voglio più vivere il ricatto che in qualche modo abbiamo vissuto per troppo tempo, o la salute o il lavoro. Questa è una cosa indecente che il Paese non può più vivere.

Si è chiuso troppo tardi e abbiamo avuto tanti ammalati e tanti morti in più anche per non aver saputo subito individuare gli strumenti necessari per arginarle il virus. Poi ci siamo arrivati, in ritardo, ma nel frattempo il virus aveva viaggiato per dritto e per traverso nel nostro Paese per una prepotenza di valori economici rispetto al valore della vita. E lo dico da sindacalista, io non ho mai chiesto in vita mia, prima del Covid, di chiudere un posto di lavoro, anzi se mai al contrario le nostre battaglie sono sempre state per tenerli aperti.

Davanti a quello che stava succedendo però chiudere molti posti di lavoro, ovviamente non quelli dei servizi essenziali, ha significato salvare la vita di tante persone. Sicuramente faremo la nostra parte e la faremo sino in fondo, ma bisogna farlo tutti assieme. Questo è il momento in cui il Paese ha bisogno di scegliere insieme gli obiettivi e in cui tutti le parti sociali remino dalla stessa parte per raggiungerli. Questo vale per la salute, vale per l'occupazione e vale per l'economia reale del Paese. Credo che sia questo lo spirito che ci deve animare.

Stampa e impaginazione a cura di:

**Eur

publicità**

idee che diventano...

LATINA - Via Basento, 17/19 (ex Via Piave, 26)

Tel. 0773 489334 - Fax 0773 417408

E-mail: segreteria@europubblicita.it

