Lettera aperta al Ministro della salute

Gavino Maciocco, | 28 aprile 2020

Questo documento è stato pubblicato su SaluteInternazionale

Signor Ministro,

la pandemia che ci ha colti tutti di sorpresa ha messo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e inefficienza del nostro sistema sanitario e assistenziale. Ci ha mostrato degli aspetti che erano ben evidenti anche ben prima che il coronavirus ci inondasse, ma che faceva comodo tenere sottotraccia, anzi era funzionale ai meccanismi dominanti del mercato sanitario tenerli ai margini.

Sto parlando, Signor Ministro, 1) dello stato di debolezza strutturale, di arretratezza culturale e scientifica, in certi casi come la Lombardia, dell'assoluta inconsistenza delle cure primarie, dei servizi territoriali e della medicina generale e 2) dello stato di abbandono prima umano, oltre che assistenziale, di oltre trecentomila anziani custoditi nelle RSA.

Purtroppo lo svelamento di queste enormi criticità nel corso della pandemia non è stato indolore, è stato viceversa tragicamente doloroso per le conseguenze che ne sono derivate:

- **l'assenza di un filtro territoriale** (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.
- **Le migliaia di decessi di anziani nelle RSA** nel corso della pandemia sono state causate dal coronavirus e da scelte e comportamenti su cui indaga la magistratura. Ma – come osserva Luigi Manconi – questi morti "sono state vittime del delitto di abbandono di incapace. Che è sì una fattispecie penale ma, ancor più, una malattia sociale"[note]Manconi L, L'Età dello Scarto, Repubblica del 18.4.2020[/note].

Ci sarà il momento dell'epicrisi, dell'analisi e del bilancio di quello che è avvenuto, nel bene e nel male, nel corso della pandemia, dall'inizio alla fine (e non solo in Italia). Sarà importante conoscere ad esempio il numero autentico (anche se non esatto) dei decessi, e quanti di questi potevano essere ragionevolmente evitati. **Non per intentare cause giudiziarie, ma per evitare in futuro di ripetere gli stessi, grossolani, fatali errori.**

I due punti sollevati all'inizio sono stati da tutti riconosciuti come gli elementi di maggiore fragilità del sistema su cui intervenire da subito. Semplificando**: più risorse ai servizi territoriali e più controlli nelle RSA.** Il rischio è che si agisca in superficie, per tamponare qualche falla – qualche infermiere in più nei Distretti, qualche linea guida più stringente per le RSA – senza affrontare i problemi di fondo e lasciando alla fine le cose come stanno.

Siccome avverto fortemente questo pericolo, cioè che **questa drammatica esperienza non serva ad aprirci gli occhi sulla realtà del nostro Servizio sanitario nazionale,** mi rivolgo a Lei, Signor Ministro, (e a tutti coloro che sono interessati) mettendo per iscritto alcune riflessioni sui due punti in questione.

Cure primarie, servizi territoriali e medicina generale

Il rafforzamento del "territorio" è un tema estremamente complesso perché coinvolge una grande molteplicità di attori e di interessi, al momento difficilmente allineabili. Comporli per il raggiungimento di un fine comune – il miglioramento del servizio sanitario pubblico – richiede tempo, molto tempo probabilmente. Il tempo necessario per consentire un dibattito approfondito, aperto e franco tra tutte le parti in causa, inclusa la parte più interessata, i cittadini.

Per questo è necessario distinguere **tre fasi** nell'opera di rafforzamento: **di breve, medio e lungo termine.**

1. **Nel breve termine è tanto necessario quanto urgente mettere il "territorio" nelle condizioni di far fronte alla Fase 2** che significa: a) garantire l'assistenza ai casi della coda della Fase 1 (nuovi casi, si spera pochi; i dimessi dall'ospedale; il controllo di quelli in quarantena) e b) trovarsi preparati in presenza di una seconda ondata dell'epidemia. Ora non basta mettere a regime in tutte le regioni, potenziandole, le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), **bisogna mettere in piedi al più presto l'organizzazione per il tracciamento "manuale" dei contagi per prevenire la seconda ondata**, evitando lo sviluppo di nuovi focolai incontrollati dell'epidemia. Per questo intervento serve molto personale: medici igienisti, assistenti sanitari, educatori professionali, ma si può attingere anche agli specializzandi e agli studenti di varie discipline (medicina, infermieristica, etc). Nel Regno Unito, come in Italia, si sta discutendo della app per il *contact-tracing*, ma intanto loro si **affidano saggiamente al metodo manuale reclutando 18 mila operatori sanitari**, come riferisce un articolo del *Financial Times* del 24 aprile. Perché - come afferma Jason Bay, l'ideatore dell'app *TraceTogether*, sviluppata a Singapore - : "Se mi chiedi se un sistema di tracciamento dei contatti Bluetooth implementato o in fase di sviluppo in qualsiasi parte del mondo è pronto a sostituire la contact-tracing manuale, dirò che la risposta è no, non ora e neanche per il prossimo futuro".
2. **Nel breve-medio termine è necessaria la profonda riorganizzazione delle cure primarie e della medicina di famiglia.** Anche qui – come nel caso del Piano pandemico nazionale, lasciato ammuffire negli scaffali del Suo Ministero – c'è un Piano prodotto dal Suo Ministero che da quattro anni aspetta di essere attuato. Si tratta del **Piano nazionale cronicità** che si occupa proprio della riorganizzazione del "territorio", dove deve avvenire la presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Il Piano indica le strategie d'intervento e il modello assistenziale, **basato sulla sanità d'iniziativa il cui principio cardine è la costituzione di team multidisciplinari** (medici di famiglia, infermieri, specialisti, operatori sociali) **con lo scopo di identificare e trattare precocemente i problemi di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento**. A ben vedere una simile organizzazione, ideata per far fronte all'epidemia di malattie croniche, è quella che ci vuole anche per affrontare l'attacco di un'epidemia infettiva.
3. **E ora veniamo alla parte più difficile e spinosa, quella che richiederà più tempo: il rinnovamento culturale e scientifico delle cure primarie e della medicina di famiglia**. Quando all'inizio ho parlato di "arretratezza culturale e scientifica" so bene di aver suscitato l'indignazione di molti miei colleghi (ho fatto il medico di famiglia per diversi anni). Ne conosco tanti che studiano e si aggiornano, che fanno tesoro della loro esperienza, che si prendono cura per anni e con successo della salute dei loro assistiti, che praticano il "metodo incrementale" ben descritto da Atul Gawande nel suo libro "Il medico che ti salva la vita". **Ma una disciplina non si può basare sulla buona volontà, la vocazione, talvolta il genio di singoli individui**. La verità è che le basi professionali della medicina di famiglia di oggi sono ancora quelle del medico della mutua. Così mentre in tutto il mondo la medicina di famiglia (*Family medicine* in USA, *General Practice* in UK) – dagli anni 70-80 del secolo scorso – diventava una specializzazione accademica, con il naturale supporto di quotate riviste internazionali e di autorevoli società scientifiche, in Italia nello stesso periodo storico si optava per un **surrogato di formazione in medicina generale,** svolto al di fuori dell'università, gestito autoreferenzialmente dai medici di medicina generale (MMG), a livello regionale. Per responsabilità distribuite equamente tra sindacati dei MMG, università (disattenta a tutto ciò che orbita fuori dell'ospedale) e politica (disattenta a tutto ciò che non riguardi il consenso immediato), **i giovani medici che vogliono prepararsi alla professione di medico di famiglia sono due volte penalizzati**: **a)** perché ricevono una formazione nel migliore dei casi mediocre e priva di qualsiasi stimolo alla ricerca e all'innovazione; **b)** perché in termini economici le loro borse di studio sono la metà di quelle che vengono erogate agli specializzandi universitari. In questo contesto alquanto degradato non deve stupire che (notizia di ieri) **i massimi rappresentanti dei MMG si accordino con un'azienda farmaceutica per la "formazione dei medici del futuro".**

Qui finiscono, Signor Ministro, le cattive notizie. Ma ci sono, per fortuna, anche le buone notizie, vedi la reazione alla "notizia di ieri": **la ribellione dei giovani medici di medicina generale contro l'accordo MMG-Sanofi** e contro "l'eccessiva ingerenza delle logiche del mercato e dei profitti sulla salute delle persone"[note]I giovani Mmg hanno deciso di inviare una mail-bombing ai vari Ordini dei medici, avente per oggetto: Preoccupazione per l'indipendenza della formazione in Medicina Generale.[/note]. Il futuro sono i giovani medici di famiglia del Movimento Giotto e della campagna ***PHC Now or***

never che hanno ragione da vendere a ribellarsi contro coloro che, per qualche interesse, vorrebbero ipotecare il loro futuro. **Un futuro – Signor Ministro – che è molto più vicino di quello che può immaginare**: se può dedicare 7 minuti del suo tempo potrà constatare come una Casa della salute, gestita secondo i principi della *Comprehensive Primary Health Care,* riesce ad affrontare efficacemente la pandemia Covid-19.

Morire nelle RSA

"Certo non potevo mai immaginare di finire in un luogo del genere. Apparentemente tutto pulito e in ordine. Ci sono anche delle persone educate, ma poi di fatto noi siamo solo dei numeri: per me è stato come entrare già in una cella frigorifera. (…) Ma vorrei che sappiate tutti che per me non dovrebbero esistere le case di riposo, le RSA, le prigioni dorate e quindi, sì, ora che sto morendo lo posso dire: mi sono pentito. Se potessi tornare indietro supplicherei mia figlia di farmi restare con voi fino all'ultimo respiro, almeno il dolore delle vostre lacrime unite alle mie avrebbero avuto più senso di quelle di un povero vecchio, qui dentro anonimo, isolato e trattato come un oggetto arrugginito e quindi anche pericoloso".

Questi sono due brani tratti da una lettera di un anziano deceduto in una RSA, trasmessa nel corso del telegiornale de La7 lo scorso 23 aprile. Una lettera scritta per "**far sapere che prima del coronavirus c'è un'altra cosa ancora più grave che uccide: l'assenza del più minimo rispetto per l'altro, l'incoscienza più totale**".

Francesco M. Antonini (1920-2008), fondatore della geriatria italiana, non voleva sentir parlare di ospizi (noti poi come RSA, Residenze sanitarie assistenziali). **Quanto di peggio potesse capitare a una persona anziana** nella fase conclusiva della vita: essere sradicato dalla propria casa, allontanato dagli affetti, subire ritmi, tempi e regole imposti dalla struttura. Il Prof. Antonini si scagliava contro gli ospizi negli anni 70 e 80, quando queste strutture erano relativamente poche e quasi esclusivamente pubbliche o gestite da religiosi. Successivamente l'offerta di posti-letto in RSA è andata moltiplicandosi soprattutto nel centro-nord, di pari passo con un processo di forte privatizzazione del settore. **Per diventare un enorme business, impermeabile a ogni controllo e di conseguenza un immenso brodo di coltura per la pandemia**.

In questi giorni pensavo a cosa avrebbe detto il Professore se fosse diventato centenario, di fronte al massacro di anziani nelle RSA. **Lui che un modello di residenza per anziani ce l'aveva insegnato,** basato sulla libertà, sull'autonomia (anche in presenza di gravi disabilità), sul mutuo sostegno. Il modello che fu realizzato alla fine degli anni 70 a Lastra a Signa **(Firenze).**

Ecco Signor Ministro, se passato il ciclone del Covid-19, decidesse di visitare il Centro Sociale di Lastra a Signa, **troverebbe certamente la Sindaca Angela Bagni pronta ad accoglierla e a mostrarle che una residenza per anziani rispettosa della loro dignità è possibile.**