



La sanità lombarda alle prese con la pandemia

Andrea Capocci

11 Luglio 2020 | Sezione: **Società**

La Lombardia registra circa la metà delle vittime di Covid in Italia. Dopo il Veneto è stata la prima regione colpita, la sua risposta ha segnato l'andamento dell'epidemia in Italia, ed è perciò legittimo mettere sotto giudizio il particolare modello sanitario lombardo, introdotto da Formigoni nel '97.

Il focolaio di coronavirus italiano ha rappresentato in gran parte una vicenda lombarda, nonostante la prima vittima di Covid-19 sia stata registrata in Veneto. Nel momento in cui scriviamo, la Lombardia registra da sola il 48% delle 34.854 vittime del coronavirus ufficialmente rilevate in Italia. Per quanto riguarda i casi positivi, su 241 mila casi circa 94 mila – quasi il 40% – sono residenti in Lombardia (dati Istituto Superiore di Sanità, Iss). Da queste cifre appare evidente come la capacità (o l'incapacità) di contenere il coronavirus in Lombardia abbia segnato l'intera risposta nazionale alla pandemia. Se le cose fossero andate diversamente in quella regione, sarebbero andate diversamente per tutta l'Italia.

L'organizzazione sanitaria lombarda ha dunque giocato un ruolo decisivo per tutto il Paese. La necessità di adottare un provvedimento di *lockdown*, la crisi economica che ne è seguita, l'arresto o quasi di pezzi importantissimi della convivenza civile, primo fra tutti la scuola, hanno dipeso essenzialmente dalla capacità della sanità lombarda, e in misura minore di Veneto e Emilia-Romagna, di affrontare un'epidemia.

Il migliore sistema sanitario d'Italia

Durante il picco epidemico, raggiunto nella seconda metà di marzo del 2020, ciò che ha maggiormente impressionato è stato il rapido esaurimento delle risorse sanitarie nella regione, che fino a quel momento sbandierava l'efficienza del suo modello organizzativo in materia di salute. Alla vigilia della pandemia, la Lombardia vantava la maggiore disponibilità assoluta di posti letto in terapia intensiva (oltre 800), anche se in rapporto alla popolazione era intorno alla media nazionale di circa 9 letti ogni 100 mila abitanti. Oltre agli ospedali migliori del Paese, la Lombardia detiene anche il primato delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Il 30% delle persone ospitate nelle Rsa italiane si trova in Lombardia (dati Iss). Secondo l'ultima rilevazione Ocse, il livello sanitario della Lombardia raggiunge un punteggio di 9,9 su 10, e rientra nel miglior 5% di tutti i Paesi che compongono l'Ocse.

Sulla carta, la regione appariva preparata a proteggere e curare la porzione della società più vulnerabile al coronavirus, composta prevalentemente da anziani. Al contrario, la rete ospedaliera e le Rsa invece di essere una risorsa si sono rivelati un fattore scatenante dell'infezione.

La "medicina delle catastrofi"

Rimarranno impresse nella memoria di questo Paese le immagini e i racconti provenienti dai reparti di terapia intensiva della Lombardia: gli infermieri esausti, i medici al limite del *burnout*, i reparti tirati su come in guerra con l'aiuto di militari nazionali e stranieri. Quando lo tsunami di pazienti di Covid-19 si è abbattuto sulle

province lombarde, non ha risparmiato nessuno. Le parole dei medici rianimatori dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo dipingono la situazione drammatica che hanno attraversato in quei giorni: "La situazione è disperata, lavoriamo ben al di sotto dei nostri standard di cura. Si attendono ore per un posto letto in terapia intensiva. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono da soli senza cure palliative appropriate, mentre la famiglia è informata telefonicamente, spesso da un medico volenteroso, esausto e emotivamente distrutto con cui non avevano alcun rapporto". Non si trattava di parole sfuggite per la pressione emotiva, ma di un meditato articolo inviato dai medici di uno degli ospedali migliori d'Italia all'autorevolissimo *New England Journal of Medicine*.

Pochi giorni prima, il 6 marzo, la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) aveva pubblicato un documento contenente le "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili", cioè come decidere chi salvare e chi no quando le risorse non bastano per tutti. Come spiegavano i medici che avevano preparato le raccomandazioni, "uno scenario di questo genere è sostanzialmente assimilabile all'ambito della medicina delle catastrofi". Tra le raccomandazioni, si leggeva che "può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone".

Rianimare un paziente a tutti i costi con il rischio dell'accanimento terapeutico o lasciare che una malattia faccia il suo decorso fino all'esito fatale è una scelta che molti medici devono spesso discutere con il paziente stesso o con i suoi familiari e congiunti. Per la prima volta, il documento della SIAARTI mostrava che in piena pandemia queste scelte doveva essere fatte su larga scala, da molti medici e nel completo isolamento dei pazienti e dei loro familiari.

Le radici della crisi sanitaria lombarda

La lettera al *New England Journal of Medicine* e le raccomandazioni della SIAARTI sono i due documenti che meglio di altri danno la dimensione della crisi umanitaria in cui è sprofondata a causa del Covid-19 la sanità italiana e quella lombarda, la migliore sulla carta. Gli stessi medici di Bergamo, nella lettera, spiegavano come si fosse arrivati a quel livello di crisi.

Il tanto lodato "modello sanitario lombardo" si fonda su una rete di ospedali di alto livello, molti dei quali appartenenti a gruppi imprenditoriali privati. Concentrare le risorse sulle grandi strutture, però, ha comportato un depauperamento della sanità territoriale, cioè del sistema costituito da medici di base e distretti sanitari in grado di intercettare i bisogni più immediati della popolazione: diagnostica primaria, prevenzione, cura delle cronicità, assistenza domiciliare. Questo squilibrio, rimasto nascosto sotto le "eccellenze" ospedaliere, è venuto alla ribalta in tutta la sua gravità con la pandemia. La sanità territoriale infatti non ha potuto rispondere all'emergenza: i medici di base, privi di protezioni e non coordinati dalle autorità sanitarie in quanto professionisti privati "in convenzione" con la sanità pubblica, non hanno seguito i pazienti nelle fasi iniziali della malattia fornendo l'assistenza domiciliare che avrebbe potuto prevenirne l'aggravamento. Chi ha provato a farlo, senza le adeguate protezioni, ne ha fatto le spese ammalandosi in prima persona e diffondendo ulteriormente il contagio. Una massa di malati lasciati a se stessi si è riversata sugli ospedali, a loro volta impreparati a gestirli in sicurezza. Anche le Rsa, per lo più private e incapaci di programmare una risposta articolata alla pandemia, da luoghi di cura si sono trasformate in altrettanti focolai del contagio. In questo modo si sono rapidamente saturate le risorse ospedaliere a disposizione, nonostante gli sforzi che hanno portato a raddoppiare la disponibilità di posti letto in terapia intensiva in Lombardia in poche settimane.

La causa scatenante di questa "catastrofe", per usare il linguaggio dei rianimatori della SIAARTI, è stato certamente il Covid-19, imprevedibile e improvviso. Ma le radici che ne hanno creato il presupposto si possono rinvenire nella peculiare politica sanitaria attuata sin dagli anni '90 dalle amministrazioni di centro-destra della Regione Lombardia.

L'organizzazione attuale del sistema sanitario regionale è dovuta in gran parte alla riforma introdotta dal presidente regionale Roberto Formigoni, che nel 1997 affermò il principio della "libertà di scelta" del cittadino tra la sanità pubblica e quella privata. Per realizzarlo, Formigoni incentivò l'imprenditoria sanitaria a creare strutture sanitarie i cui servizi al cittadino sarebbero stati rimborsati da risorse pubbliche. Una delle conseguenze di quella riforma fu la nascita di molte strutture sanitarie private nei settori più remunerativi della sanità e la sottrazione di risorse ai servizi meno redditizi come la medicina territoriale, il pronto soccorso o la terapia intensiva, lasciati alla sanità pubblica. "Senza una vera programmazione della sanità in Lombardia, chi voleva costruire un ospedale lo ha potuto fare e ha ottenuto la convenzione", racconta il consigliere regionale del Pd Carlo Borghetti, che dai banchi dell'opposizione ha seguito l'evoluzione del modello sanitario lombardo in questi anni. "Per questo a Milano oggi abbiamo tantissimi ospedali privati, mentre in altre province non è così. Siamo arrivati al paradosso di 34 reparti di cardiocirurgia in tutta la Lombardia, un numero pari a quello di tutta la Francia. Perché le cardiocirurgie sono remunerative, per un'operazione al cuore la sanità pubblica versa agli ospedali privati anche 25-30 mila euro".

Proprio le modalità con cui le risorse pubbliche venivano indirizzate verso i privati portarono a importanti inchieste giudiziarie e alla conclusione dell'amministrazione di Formigoni a metà del quarto mandato nel 2013. Il suo successore Roberto Maroni provò a riorganizzare la sanità regionale nel 2015 correggendo alcuni elementi della riforma del 1997. Ma in molti casi la riforma Maroni peggiorò la situazione. La medicina territoriale, ad esempio, fu messa sotto il controllo delle aziende ospedaliere, prolungandone lo stato di abbandono e di mancanza di programmazione fino all'attuale giunta guidata da Attilio Fontana. Oggi la Lombardia è la regione con il minor numero di medici di base in rapporto alla popolazione (1 ogni 1.400), superata solo dalla provincia autonoma di Bolzano.

Un'occasione per una riforma della sanità

L'inadeguatezza di questa organizzazione sanitaria concentrata sugli ospedali a danno del territorio è sancita dall'ultimo "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" pubblicato dalla Corte dei Conti. "Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che, per numero di casi e per disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura (la banca dati Esiti da questo punto di vista ne forniva una chiara evidenza), la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate", scrivono i magistrati contabili. "Se fino ad ora tali carenze si erano scaricate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse economiche private e su una assistenza spesso basata su manodopera con bassa qualificazione sociosanitaria (badanti), finendo per incidere sul particolare individuale, esse hanno finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una sfida nuova e sconosciuta". La Corte non fa riferimento a singoli sistemi regionali, ma il riferimento a quanto è avvenuto in Lombardia è evidente. Se non lo fosse, basterebbe osservare la diversa evoluzione della pandemia nelle regioni vicine di Emilia-Romagna e Veneto, in cui la sanità territoriale non è stata sguarnita come in Lombardia e, non a caso, l'epidemia ha seguito un corso ben diverso.

Il rapporto della Corte dei Conti auspica un riequilibrio del sistema sanitario a favore di un approccio "di comunità" e dunque meno appiattito sulla ricerca del profitto da parte dell'impresa privata. Non si tratta di un generico augurio, almeno per quanto riguarda

la Lombardia. La riforma sanitaria regionale introdotta dall'amministrazione Maroni deve essere sottoposta a verifica entro l'11 agosto 2020. Sulla base dell'esito della valutazione l'attuale amministrazione dovrà formulare una proposta di riforma. È l'occasione con cui trasformare l'immane tragedia del Covid-19 in un'esperienza utile e prevenire che la prossima pandemia, un evento che la ricerca ritiene probabile in tempi brevi, non abbia lo stesso impatto disastroso.



Ultimi articoli



Newsletter n° 621 del 13 luglio 2020

13/07/2020



Il nuovo ebook di Sbilanciamoci! sull'Italia che verrà

13/07/2020

Sbilanciamoci!



La ripresa industriale passa dalla cogestione delle imprese

13/07/2020

Alessandro Arrighetti, Fabio

Landini



Quinto libro bianco sul razzismo in Italia

11/07/2020

Redazione



La sanità lombarda alle prese con la pandemia

11/07/2020

Andrea Capocci



Sanità pubblica e disuguaglianze di salute nel post-Covid

10/07/2020

Anna Lisa Mandorino

I più letti



Il nuovo ebook di Sbilanciamoci! sull'Italia che verrà

323 views



Decreto Semplificazioni: niente gare e meno ambiente

156 views



La ripresa industriale passa dalla cogestione delle imprese

93 views



Una nuova finanza è possibile (e già esiste)

85 views

Tweet di @Sbilanciamoci



Sbilanciamoci
@Sbilanciamoci

🔔 "In salute, giusta, sostenibile. Ripensare l'Italia dopo la pandemia" è il nuovo ebook gratuito di Sbilanciamoci!

49 contributi di studiosi, esperti e attivisti per delineare il futuro del Paese dopo il #COVID19

Scarica l'ebook 📄
sbilanciamoci.info/il-nuovo-ebook...

Il nuovo eb...
"In salute, g...
sbilanciamo...

33s

[Incorpora](#) [Visualizza su Twitter](#)

[Mappa del sito](#)

[Sostieni](#)

[Contatti](#)

[Iscriviti alla newsletter](#)

[Informativa sull'uso dei cookies](#)

Ove non espressamente citato diversamente, tutti i contenuti presenti sul sito Sbilanciamoci.info sono rilasciati con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non opere derivate 3.0 Italia (CC BY-ND 3.0).

Powered by [botiq.it](#)