

RIPA DI MEANA: "UN NUOVO TERRITORIO PER UN NUOVO SSN, MA NON FACCIAMO L'ERRORE DI RIPARTIRE DA DOVE ERAVAMO RIMASTI"

Per il presidente della **Fiaso**, che raggruppa i direttori generali dell'aziende sanitarie e ospedaliere italiane, Covid-19 deve essere l'occasione per stabilire connessioni innovative e superare vecchi modelli

Francesco Ripa di Meana è presidente della Federazione italiana delle Aziende sanitarie e ospedaliere (**Fiaso**), nonché direttore generale dell'Ifo (Istituti fisioterapici ospedalieri) di Roma. Medico del Lavoro con esperienze organizzative a livello internazionale, è sicuramente tra i manager più attivi nel processo di aziendalizzazione che ha trasformato la sanità italiana dagli anni '90 in poi. Testimone e protagonista del disagio di un territorio mai completamente assunto al ruolo di secondo pilastro della salute pubblica, e al quale il Governo assegna oggi 1,5 miliardi di euro, Ripa di Meana partecipa al dibattito proposto da AboutPharma and Medical sulla necessaria ristrutturazione dell'assistenza extra ospedaliera post-Covid.

Condivide l'allocazione delle risorse per il territorio previste dai recenti decreti?

Che il territorio si sia trovato in una situazione un po' troppo precaria rispetto alle necessità è un'evidenza. Non sempre per mancanza di risorse. Sappiamo che in tutti questi anni abbiamo razionalizzato molto più sugli ospedali, e parto dall'assunto che il territorio forse è il meno aziendalizzato. E dico, con l'occhio di chi dirige oggi un'azienda ospedaliera dopo aver diretto per tanti anni aziende territoriali, che è più facile rendere efficienti ed efficaci gli ospedali, scegliendo bene dove allocare le

risorse innovative.

In questa allocazione prevista dal Governo prevalentemente sul territorio è ovvio che si guardi principalmente a due elementi: l'assistenza infermieristica e il potenziamento dei dipartimenti di prevenzione. Si fa tanto parlare dei medici di medicina generale: alcuni di loro sono stati eroi e hanno dovuto pagare duramente i ritardi nella scoperta dell'epidemia, altri se ne sono tenuti lontano, ma la loro assenza dal domicilio del paziente ha reso chiaro che un investimento innovativo in questo momento bisogna farlo sugli infermieri e sulla continuità assistenziale.

Oggi si investe su una parte di territorio molto collegata al "tracing" dei pazienti. Concorda sulla necessità?

Direi che sia per gli infermieri territoriali che per i dipartimenti di prevenzione questo è un aspetto innovativo. Seguire i pazienti, ormai non più solo i cronici, è stata per anni la nostra preoccupazione (da cui lo sviluppo dei Pdta), ma il Covid ha dimostrato che bisogna seguire anche l'evolversi dell'acuzie. Quanto agli investimenti, mi auguro che non ci siano solo quelli per il territorio. E che tutte le risorse siano utilizzate non a pioggia ma su progetti specifici, partendo dalla trasformazione digitale e dalla constatazione che l'85%-90% del parco macchine è obsoleta; forse non è necessario sostituirle tutte, ma puntare su alcuni centri di alta tecnologia collegati in rete con i presidi più piccoli. Ragionamenti analoghi valgono per le risorse umane. Dipende da come e

dove spenderemo, con orientamenti chiari da parte delle Regioni, e se metteremo queste risorse nell'innovazione e non a tappare i buchi.

L'idea di un Piano Marshall per la sanità come la declinerebbe?

Da anni parlo della necessità di creare un fondo per l'innovazione da almeno 5 miliardi l'anno. Il Mes mette a disposizione dell'Italia 36 miliardi di euro per la sanità che, se ben spesi, farebbero la vera differenza. Nell'attesa sono dell'idea che le risorse attualmente stanziati dal decreto Rilancio e Cura Italia (oltre 4 miliardi) non debbano limitarsi a riportare il Ssn esattamente dov'era prima, con qualche letto di terapia intensiva in più. Se il risultato fosse questo sarebbe sbagliato e avremmo perso una occasione. Visto che d'ora in avanti dovremo approcciare i pazienti in modo differente, creando nuovi setting e liberandoci finalmente di quelli obsoleti, dobbiamo superare quel benedetto confine tra ospedale e territorio.

Un nuovo territorio per un nuovo Ssn. Per farlo si può ripartire dai Livelli essenziali di assistenza che sono andati in crisi?

In generale, l'inadempienza ai Lea è stata misurata sempre sulla base della domanda spontanea, che trovava risposte inadeguate. Se in questo periodo impareremo a essere proattivi,



selettivi, integrando le prestazioni intorno ai pazienti, potremo portare il sistema ad essere più adempiente, con attività integrate di presa in carico che dovrebbero sostituire i vecchi Lea.

Cosa fare praticamente?

Tre esempi. Primo: partire dai pazienti fragili, stratificarli, tracciando quelli che non si sono mai presentati negli ambulatori perché hanno avuto paura o sono stati lasciati indietro, e offrire loro un'offerta innovativa. L'occasione è propizia per cambiare tutto. Ritornare invece all'analisi Lea pre-Covid lo considero un gesto sconsiderato e inutile. Certo, potremmo lavorare pomeriggio e sera, il sabato e la domenica per smaltire milioni di prestazioni, oppure cogliere l'occasione per riorganizzare i servizi in forme diverse rispetto al passato. Scegliamo chi chiamare prima, cosa offrirgli in ospedale, in ambulatorio o al domicilio, superando la mancanza di proattività di prima. Secondo: prendiamo atto che interi sistemi regionali hanno imparato a muoversi unitariamente al di là del singolo ospedale, con una flessibilità dirompente: sfruttiamola. Terzo: il fatto stesso di accogliere, oggi, 4 mila persone al giorno in un ospedale che deve essere più sicuro per proteggersi dal Covid, mi fa dire che tutto questo è impossibile senza migliorare l'organizzazione dei flussi e degli orari per evitare assembramenti. Mi sembra una grande occasione per cambiare l'organizzazione.

Proviamo a immaginare gli effetti.

Questa vicinanza al paziente inciderà anche sulla competizione "positiva" tra ospedale e territorio. Gli ospedali si ritroveranno una massa di prestazioni da sbrogliare, ma avranno anche una permeabilità diversa rispetto al territorio. Penso a un ospedale come quello che dirigo (oncologico, n.d.r) che non ha chiuso mai, non ha diminuito la sua attività chirurgica elettiva ma ha ridotto la sua offerta

ambulatoriale. Nel frattempo, però, abbiamo contattato tutti questi pazienti, abbiamo inviato i farmaci a domicilio, attivato la telemedicina e un help desk psicologico: tutte cose che prima non facevamo. Ora quelle persone ci aspettano. E si aspettano un ospedale più vicino al domicilio. In questo senso dovremo quindi misurarci su altri parametri, non più solo prestazionali.

Le terapie intensive create ex novo ora sembrano ipertrofiche. Si può immaginare una diversa riallocazione di risorse tecnologiche e umane?

Il nostro era un Ssn sobrio ma sufficiente: forse troppo sobrio e non aveva margini di riserva per l'emergenza, come si è visto prima drammaticamente in Lombardia e poi, via via, in tutte le regioni, per cui abbiamo dovuto raddoppiare i posti letto di terapia intensiva. Ora bisogna trovare il giusto equilibrio fra sobrietà e capacità di risposte a future emergenze, chiudendo solo in parte le nuove terapie intensive. Ma con scelte esplicite, tanto in termini di priorità che sotto il profilo economico, che delineino un nuovo Ssn.

Appunto, ma se le carenze del servizio erano (anche) altrove vanno coperte o no?

Copriamole. Però dovremmo avere anche come obiettivo di agire come abbiamo imparato nell'emergenza: recuperare reparti obsoleti per setting di cura più utili, per esempio per la post-acuzie. Le Rsa, ad esempio, hanno dimostrato di non essere all'altezza per lo meno di una parte della mission sanitaria richiesta. Spesso abbiamo dovuto commissariarle, ma questo non potrà durare. Un ripensamento di questo setting e delle cure domiciliari diventa, quindi, un imperativo. Ma se ripartiamo con gli occhi di un anno fa rischiamo di mettere le risorse in un posto sbagliato.

In un recente webinar organizzato

da Fiaso lei ha sostenuto che negli anni il territorio ha ricevuto molto più di quello che ha dato...

Diciamo che ha subito meno tagli degli ospedali. I tre letti per mille abitanti e la misurazione degli esiti sono una realtà. L'efficientamento del territorio è stato ostacolato, invece, da un modello prevalentemente burocratico di vasi non comunicanti. Il pensionamento di tanti medici, sia in ospedale che nel territorio, l'inserimento di nuove risorse e la nuova proattività sono una occasione straordinaria per trovare il modo di utilizzare meglio le risorse.

Non è mai stato facile misurare e valorizzare le attività sul territorio. Su che base ragioniamo allora?

Ora abbiamo la possibilità di ripartire sul territorio misurando anche un po' di risultati e non solo in termini di output, ma di risultati di salute. Se noi seguiamo pazienti dei quali conosciamo lo stato di salute nel momento in cui entrano in un percorso, possiamo monitorarli di lì in avanti, utilizzando indicatori di esito o di processo. Potremmo anche misurare l'integrazione tra i servizi, perché questo tipo di paziente non dovrebbe più andarsi a cercare la prestazione in un punto portando il referto dall'altro, per poi recarsi in un terzo. Con una cartella di teleconsulto, in molte situazioni ci avvicineremo a un modello di Fascicolo sanitario elettronico che finora riguarda una percentuale limitata di italiani. Potremmo così capire se alcuni percorsi sono più efficienti di altri, misurare performance tra regione e regione, territorio e territorio, distretto e distretto. È un sogno che molti di noi coltivavano da anni e che si scontrava con una burocrazia non interessata ai risultati, che creava muri tra i professionisti.



Questo approccio dovrebbe aiutare nella definizione dei Pdta...

Si. I Pdta vengono costruiti tenendo conto dei bisogni omogenei di differenti gruppi di popolazione. Un'accelerazione della digitalizzazione e un aumento ampio della platea di persone inserita nei percorsi li renderanno più praticabili. Prima il Pdta era una buona pratica e basta, adesso diventa il modo con cui andare a cercare il paziente a casa, attraverso la famosa telefonata con la quale lo inviteremo a entrare per poi seguirlo nel tempo.

Prospettandogli cosa?

Spiegandogli che se è più bisognoso probabilmente non gli basta solo una prestazione e che intorno a lui ruoteranno altri servizi che si parlano fra loro. Nel territorio troverà gli infermieri di famiglia o di comunità – adesso assunti uno ogni diecimila persone – che si occuperanno di garantire questa attenzione intorno al paziente. Si parte dal percorso, non dalla domanda individuale. Questo permetterà magari ad altre persone di ottenere più facilmente anche una prestazione singola, quando appropriata.

Ma perché questo modello dovrebbe funzionare e armonizzare le esperienze italiane, fin qui caratterizzate da evidente disomogeneità?

In primo luogo perché gli ospedali e i luoghi di cura, dappertutto, non possono più permettersi assembramenti. Non dobbiamo avere più le file che espongono inutilmente i cittadini al contagio. La prima cosa da accettare è che dobbiamo essere noi ad andare dal cittadino e non lui a stare dietro la nostra porta. Non è una cosa da poco. Non vale solo per l'oggi, andrà avanti almeno per sei mesi, o forse per tre anni. Il secondo motivo è che oggi disponiamo di sistemi informativi pronti e di speri-

mentazioni di telemedicina costruite in questi tre mesi di cui stiamo facendo tesoro, che ci permettono di contattare i cittadini in attesa di assistenza in maniera differenziata. Possiamo scegliere chi chiamare alla luce del maggiore bisogno. Non che prima non si potesse fare. Semplicemente non avevamo paura del Covid e non lo abbiamo fatto.

Medici e operatori sono sufficienti?

Sicuramente si sentiva il bisogno degli infermieri territoriali. L'Italia ha il sistema a più basso rapporto medico-infermiere d'Europa (la media nazionale di 1 a 5 ci colloca al 35° posto tra i Paesi Ocse, la cui media è di due infermieri ogni sette medici, n.d.r.). C'è necessità di investire e reperire figure di raccordo e integrazione (case manager, fragility manager, etc.) che sappiano parlare con il paziente e dominino il linguaggio sanitario. Quindi infermieri. Resta un problema di adeguamento delle skill degli operatori. In questo periodo alcuni gruppi di operatori si sono rivelati molto disponibili all'innovazione e altri totalmente refrattari. Questo vale anche all'interno delle stesse categorie dei medici di medicina generale e degli specialisti.

A proposito dei medici di medicina generale. Dove li colloca?

Auspicio che siano più integrati nell'azienda. L'ho sempre detto e credo che avere tanti professionisti con contratti differenti sul territorio non sia il massimo. Sarebbe meglio se fosse un medico come gli altri, un medico che collabora all'interno di un'organizzazione della quale è anche responsabile.

Quindi sostiene le ragioni della sua dipendenza?

Nessuna azienda può dirsi felice di avere a che fare, lo ripeto, con professionisti con quattro-cinque contratti differenti. Per noi riportare a una dipendenza, a una relazione gerarchica

sarebbe chiaramente utile. Sappiamo quanto questo crei fastidio, ma credo sia necessario superare i modelli organizzativi del passato fondati sulla libera professione, internalizzata fino a un certo punto. Penso agli stessi problemi della privacy: oggi le direzioni sanitarie possono rastrellare i dati dei pazienti usando i sistemi informativi degli ospedali, ma quelli dei medici di medicina generale spesso non sono accessibili. Perché?

I medici di medicina generale si lamentano degli strumenti contrattuali che appaiono vetusti rispetto alle prestazioni richieste.

Sono d'accordo, ma in questo periodo eviterei di parlare delle convenzioni, che sono tema di trattativa sindacale nazionale, e che vorrei superate.

La legge Balduzzi del 2012 si occupava già del potenziamento territoriale prevedendo tra le altre cose la creazione di forme aggregate delle cure primarie, di integrazioni socio sanitarie etc. di cui non s'è più smesso di parlare ma sembra rimasta lettera morta.

Riproporre modelli uguali per tutta la penisola è un problema che non mi porrei più. Era una legge nazionale, ma le regioni hanno applicato alla loro maniera molte delle soluzioni (spesso ciò che consideriamo non realizzato è solo fatto in modo diverso). Oggi ribalterei il tema chiedendomi cosa rende possibile quelle indicazioni.

La risposta?

Sicuramente il superamento del gap digitale. La digitalizzazione permetterebbe le aggregazioni tra professionisti, ancorché in sedi diverse, e un sacco di altre cose. E poi Covid ci ha insegnato che sul territorio c'è anche l'acuzie, tema a me molto caro. L'acuzie ha bisogno



di integrazione, non può aspettare che si legga un'e-mail o che si trasferisca un referto. Nelle aziende sanitarie sia il Dipartimento di prevenzione che il Dipartimento delle cure primarie, qui comprendendo l'infermiere e il medico, devono darsi da fare: quel paziente o si trova subito o è perso e finisce al pronto soccorso. Covid ci ha riproposto anche la necessità di una fortissima integrazione intorno al paziente, al suo domicilio. Per quarant'anni ne abbiamo parlato senza tener conto che quel domicilio o era inaccessibile (nessuno ci andava) oppure era una struttura socio-sanitaria che tante carenze ha dimostrato di avere e dove qualsiasi infezione diventa un problema gravissimo.

Queste tre cose rappresentano una novità che non conduce esattamente alle Utap. Anche perché abbiamo imparato a essere flessibili, e il territorio ha bisogno di flessibilità. In questi giorni ricorriamo alle Usca (le Unità speciali di continuità assistenziali create proprio per assistere i casi Covid al domicilio, n.d.r.) che vanno a risolvere problemi di comunità, oppure ai drive-in per l'accesso al tampone. Ipotesi, modelli, esperienze, che si stanno creando via via, e sperimentando. Non so quanto diventeranno definitivi questi setting assistenziali, però le cose cambiano. Credo quindi che non ci sarà bisogno di un unico modello territoriale che vada bene al centro della metropoli e all'ultimo paesello della provincia. Sarebbe ben lontano da quegli esempi di flessibilità che invece stanno arricchendo il nostro territorio. Gli orientamenti attuali non si pongono il problema di imporre modelli. Offrono al territorio un tipo di professionalità che era necessario e lasciano alle Regioni il compito di organizzarlo: c'è un abisso tra questo e la modalità top/down prevista dal decreto Balduzzi. Oggi il processo è anteposto al modello organizzativo obbligatorio.

Chi deve avere la regia delle Usca? Sicuramente le aziende sanitarie. Siamo noi lo snodo essenziale, siamo noi che diamo il senso, anche alle holding regionali, che naturalmente orientano il sistema. In questo periodo le aziende sono state molto rafforzate, proprio perché ci vediamo ogni giorno con gli assessori. Non è più il singolo ospedale che va a cercare i pazienti, ma è l'intero sistema che si dà questa regola, ricorrendo agli infermieri o ai medici. La regia, nel senso di direzione, è dunque aziendale. Però abbiamo bisogno di un middle manager molto forte, che invece è ancora debole ed è rappresentato dal direttore di distretto. Questa figura è troppo spesso burocratica e si limita a controllare le carte, mentre dovrebbe governare tutti i professionisti della salute ed essere una specie di direttore generale agguinto sul suo territorio.

Il professor Silvio Garattini, in un articolo a sua firma pubblicato su Il Foglio, in un progetto ideale di ristrutturazione del Ssn pone al primo punto proprio lo sbarazzarsi dei burocrati...

Non mi sfugge che chiunque intenda cambiare la sanità si ponga il problema. È centrale. Pur nelle migliori intenzioni, si è continuato a costruire una burocrazia che complica le cose. Ma queste possono cambiare: oggi un paziente Covid può chiedere al medico di fare un tampone e se questi lo ritiene utile può fare una ricetta dematerializzata. Quanti passaggi c'erano prima per una decisione così semplice?

Però in Italia e soprattutto in Lombardia ci sono voluti due mesi e più per arrivare a questo risultato. E ancora si invocano test e tamponi. Se non arrivano la burocrazia c'entrerà qualcosa?

In altre Regioni dove l'urgenza è stata meno pressante ci siamo arrivati in modo più naturale. Nel Lazio, senza

avere una grande numerosità di casi ci siamo riusciti da subito, lentamente ma da subito. Senza contare che ci sono stati problemi di approvvigionamento, attivazione di laboratori e anche di scelte. Chi parte adesso, fa prima i test sierologici. Ed è il test sierologico che orienta l'eventuale tampone. A monte però ci deve essere sempre una responsabilità medica, che sospetta il caso e prescrive.

L'emergenza Covid ha evidenziato la disomogeneità dei comportamenti regionali. Suscitando qua e là diffuse nostalgie centraliste. Se la sente di dire perché sì e perché no trasferire allo Stato le competenze sulla sanità?

Non c'è nessun perché sì. La prevenzione è forse l'unico settore – dato che ha a che fare con i confini nazionali (l'abbiamo sperimentato con la veterinaria: da noi non entra un pollo non controllato secondo gli standard europei). Le regole a monte devono essere nazionali. Può essere che la prevenzione abbia bisogno di forme di centralizzazione, forse non è quello aziendale il livello giusto, ma potrebbe esserlo quello regionale. Per tutto il resto dei servizi e delle funzioni, però, il dibattito è privo di senso: se il sistema non è precipitato, è perché c'erano le aziende sanitarie e gli ospedali erano gestiti. Cosa sarebbe successo se la pandemia fosse stata governata da Roma in maniera centralizzata? Io credo anche che siamo cresciuti, che le Regioni – chi più chi meno – hanno fatto da capofila. Questo è un ulteriore aspetto della aziendalizzazione, e le aziende rappresentano il livello migliore attuale di risposta organizzativa. Magari c'è bisogno che le regole e i dati vengano governati a livello nazionale, ma non la gestione dei servizi. Poteva andare peggio. Non dico che tutto sia stato ottimo. Abbiamo retto la crisi del



2008, avevamo dei buoni indicatori a livello internazionale. Ripartiamo da quelli e speriamo che i gap di qualità ed efficacia dei nostri sistemi, dopo questa pandemia, siano affrontati come abbiamo affrontato la crisi economica del 2008: fare meglio con risorse definite, ancorché questa volta in aumento. Il nostro sistema ha dimostrato una notevole resilienza,

pur con grandi difficoltà, ed è quello che ci ha permesso di non soccombere a un'immane tragedia. Occorre continuare su questa strada, con coraggio e innovazione. (S.D.M.) ▲

