

LE INFRASTRUTTURE CHE  
VOGLIAMO PER  
LE GENERAZIONI FUTURE:  
MODELLI ALTERNATIVI AL  
SUMMIT G20

**Genova - Palazzo  
Ducale  
14 settembre 2021**

**Ripartire dopo il Covid-19,  
prevenzione primaria e territorio**

*Claudio Calabresi*

# Urban health

orientamento strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione territoriale, favorendo processi consapevoli e sostenibili di rigenerazione urbana.



# Covid-19

- (Dare i...) **Numeri**

Popolazione

59.258.000 Italia

1.510.000 Liguria

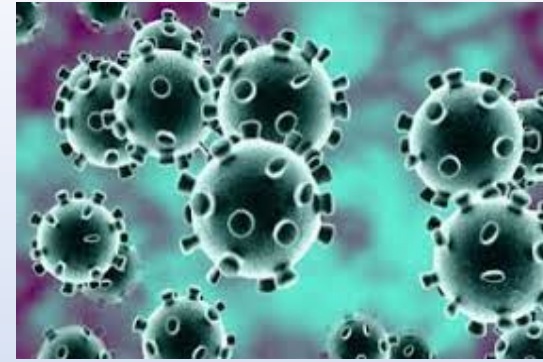
7,85 miliardi Terra

Covid - 19				
	Contagiati	morti	letalità	mortalità
Italia	4.600.000 (?)	130.000 (?)	2,8%	0,22%
Liguria	111.000 (?)	4.390 (?)	4%	0,29%
Terra	226 milioni (?)	4.650.000 (?)	2,0%	5,93.....e-4

Letalità = morti su positivi al COVID19

Mortalità = morti per Covid 19 sul totale degli abitanti

Il Covid ha messo a nudo i limiti e l'involuzione sistema sanitario del nostro paese (come di molti altri).



In Italia, quel che resta del Servizio sanitario pubblico è stato l'unico soggetto in grado di dare risposta al dilagare della pandemia, pur non potendo oscurare le conseguenze di un disastro e la resa della prevenzione e della medicina territoriale.

L'ospedale, sottoposto a pressione per rispondere alla richiesta di cure per il Covid, è arrivato sull'orlo del collasso e ha spesso trascurato le altre patologie (tumori, malattie acute e croniche), per cui oggi - oltre a contare i morti per il virus - si dovrebbero calcolare pure gli aggravamenti o i decessi per mancata assistenza generale.

# Covid - 19: pandemia ma anche .... sindemia

Coniato negli anni 90 dall'antropologo americano Merrill Singer per descrivere la interrelazione tra AIDS e tubercolosi, il concetto di sindemia è stato riproposto nel settembre 2020 da Richard Horton su Lancet.

- Interazione tra Sars-Cov-2 e patologie croniche (obesità, diabete, malattie cardiovascolari, etc.):

in particolare si è ormai da tempo reso evidente che

COVID-19 peggiora le patologie croniche e che le patologie croniche peggiorano gli effetti di COVID-19;

COVID-19 ha effetti peggiori sulle popolazioni più emarginate, vulnerabili e che vivono in povertà o in quelle che vivono in zone più inquinate.



# Imparare dall'esperienza

Non si è imparato dalla SARS (2002-2003), vinta più per ... estinzione che per reali capacità del sistema. Non si è saputo prevedere quel che non pochi prevedevano da tempo, non si è capito che malattie endemiche ed epidemiche, malattie tropicali e altre malattie infettive (umane e animali), inquinamento ambientale, mutamenti climatici devastanti, scarsità di investimento culturale e tecnico-operativo nei sistemi sanitari, enormi diseguaglianze, ecc. avrebbero inevitabilmente aperto nel pianeta enormi porte all'arrivo di ospiti non precisamente graditi, come quello che ci ha "sorpreso" verso la fine del 2019 o inizio del 2020.

Non ci si è conseguentemente preparati ad affrontare (impedire?) altre epi-pandemie. Non si sono neppure affrontate le ricorrenti epidemie continentali (specie in Africa) con uno sforzo ed un atteggiamento planetario (*tanto a noi non ci tocca..... e poi «noi» siamo molto più attrezzati al contrasto.....*) eppure abbiamo visto come si è saputo contrastare il Covid -19 soprattutto nei primi mesi.... anche nei paesi più "civilizzati" (?).

Eppure doveva essere chiaro che **tra gli effetti della globalizzazione.... circolano sempre più persone ma circola anche quel che le persone portano con sé (compresi batteri e virus...).**

# Cosa ne deriva...

- alla lunga **concentrare iniziative e sforzi esclusivamente sul virus potrebbe difficilmente chiudere la questione**, soprattutto nel medio-lungo periodo, se non si tende a attenuare le diseguaglianze, gli svantaggi sociali, di popolazione, ecc., se non si migliora la salute di tutta la popolazione (del pianeta....).
- Insomma, l'obiettivo dovrebbe essere di vedere i problemi “insieme” e non affrontarne solo uno (a maggior ragione se non è il “primario”, come il Covid 19), indipendentemente dalla realtà singola, delle persone, del territorio, del paese, del continente, ecc.



# Un'altra parola: **infodemia**

Dalla Treccani:



*circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili.*

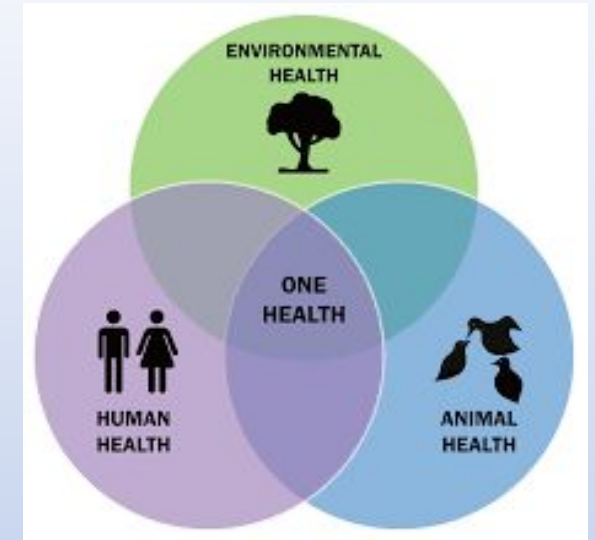
Forse non è estranea agli «errori» informativi la questione spinosa - in queste settimane quasi esplosiva - del comportamento rispetto ai vaccini, che almeno in parte deriva probabilmente da una strategia informativa insufficiente, incoerente, mutevole («navigazione a vista») e dall'ormai storica sfiducia di parte dei cittadini nelle istituzioni, oltre che dalla perdita di significato e di importanza del valore della solidarietà collettiva.



# La salute ha oggi una nuova attenzione

Ma basta?

- Intanto dovrebbe prevalere il concetto “**one health**” o “**salute in tutte le politiche**”.



## ONE HEALTH:

la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente, occorre un approccio olistico, multidisciplinare, di sistema, che guardi alla salute in termini globali.

- E poi “**salute pubblica**”, cioè salute come questione prioritaria di fronte alla quale i cittadini sono tutti eguali, con pari diritti e pari opportunità.

**Oggi non è così** in varie realtà continentali, nazionali e locali (vedi Liguria) ...

Da decenni sta (o stava?) prevalendo nel nostro paese la visione ideologica secondo cui la **sanità** costituisce una spesa ritenuta eccessiva (e quindi da ridurre progressivamente nelle risorse, nei servizi, nel personale) e la salute non è considerata un **diritto per il singolo** e un **bene primario per la comunità**.

# Il Piano nazionale di ripresa (?) e resilienza (?)

## Missione 6 «Salute»

risorse per complessivi 19,7 miliardi per finanziare due aree progettuali:


- assistenza di prossimità e telemedicina (7,9 miliardi);
- innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria (11,82 miliardi).

Il PNRR, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, pur consentendo in prospettiva miglioramenti, non propone un nuovo modello culturale che superi i limiti dell'attuale assetto del SSN. Tra l'altro, **poco o nulla è previsto per la prevenzione.**

Inoltre non è chiaro se le nuove proposte di assetto e organizzazione (case della comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali, assistenza domiciliare), a parte i numerosi limiti riscontrati, faranno parte del sistema sanitario pubblico o saranno invece affidate - più o meno - alla gestione privata.

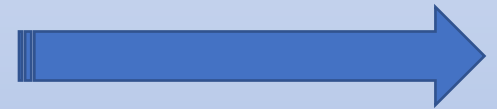
Non induce ad una visione ottimistica la mancata definizione dell'incremento quali-quantitativo delle risorse umane necessarie per gestire il nuovo assetto, né l'assenza di indicazioni per poterle finanziare.

# Occorre un nuovo modello di salute

- la **salute** è un **bene primario** (e non una merce né fonte di profitti);
- la **prevenzione** deve improntare ogni aspetto dell'attività umana, a partire dall'attenzione alle condizioni ambientali e agli stili di vita e di alimentazione, puntando ad attenuare l'influenza delle condizioni socioeconomiche; 
- la salute delle persone non può essere slegata dal rispetto per la natura e per le altre forme di vita (**one health**);
- non si può trattare la singola malattia senza considerare **l'insieme della persona**, compresi gli aspetti psicologici e relazionali, nonché i rapporti sociali e pertanto l'integrazione sociosanitaria;
- deve essere **potenziata l'assistenza sanitaria primaria** (primary health care);
- deve essere profondamente innovata e adeguata alle esigenze la nostra **medicina generale**;
- deve essere **rafforzato il Servizio sanitario pubblico** con nuova attenzione al capitale umano in sanità, prevedendo e attuando una formazione ben più articolata e “moderna” di quella attuale.

## (Ri)partire da:

- Un concreto investimento culturale, strategico ed economico nella prevenzione primaria (tenendo presente che prevenzione vuol anche dire “previsione”) a partire dai necessari strumenti di conoscenza epidemiologica e di comunicazione .....trasparente.




# L'iniziativa #datibenecomune

(52.000 firmatari - 2020 - in continuo aumento e almeno 220 organizzazioni promotrici)

- **Richiesta (2020) al Governo Conte di dati aperti e «machine readable» sull'emergenza Covid-19 per monitorare realmente la situazione e poterla gestire al meglio.**
- **Richiesta (febbraio 2021) al Governo Draghi in merito alla trasparenza dei dati sanitari dell'emergenza Covid-19** (rivendicazione del ruolo attivo della cittadinanza e del suo diritto ad avere accesso ai dati aperti relativi all'avanzamento di un piano strategico che si deve comporre di obiettivi e risultati attesi monitorabili attraverso indicatori specifici).
- **Richiesta (agosto 2021) al Governo Draghi** - dopo la creazione del portale pubblico «italiadomani.gov.it» - che lo stesso contenga tutti i dati relativi ai progetti del PNRR in **formato aperto, disaggregati, continuamente aggiornati, ben documentati, descritti secondo standard e facilmente accessibili non solo a chi deve prendere decisioni politiche, ma a chiunque, con una chiara licenza aperta che ne consenta quindi il massimo riutilizzo.**

# La Rete cittadina «Insieme per la salute di tutti»

La (nostra) diagnosi :

- la mancanza di un equo modello di salute e in conseguenza di **sanità** per cui la salute rappresenti davvero un **diritto per i singoli cittadini e per tutta la comunità** e non una spesa contro la quale lavorare con la scure, tagliando risorse e non dedicando attenzione al capitale umano che sono gli operatori della sanità;
  - il contrasto ad un'occupazione selvaggia e non regolata da parte del privato rispetto al pubblico, con il conseguente procedere di **disuguaglianze nei diritti e nell'accesso ai servizi sanitari**;
  - la sostanziale **assenza di un sistema informativo** nazionale e regionale che fornisca il quadro epidemiologico dello stato di salute del paese in tutti i territori e permetta una rilevazione dei bisogni ed una conseguente pianificazione sanitaria.
  - la non gestione della **suddivisione di competenze tra Stato e Regioni**, che a maggior ragione nel tempo della pandemia ha portato a incapacità di azioni tempestive e gravi disomogeneità degli interventi;
  - il **debolissimo impegno nella prevenzione**;
  - il **rapporto sbagliato tra medicina, assistenza e cura territoriali con l'ospedale** (la **visione ospedale-centrica**), che ha danneggiato gli stessi ospedali, con il mancato privilegio dell'assistenza sanitaria primaria;
  - un modello di sanità nel quale non trova sostanzialmente un ruolo la **partecipazione dei cittadini**, che invece dovrebbero insieme contribuire al processo di conoscenza dei bisogni e all'elaborazione delle misure idonee a soddisfarli
- 



# La partecipazione (invertire la tendenza)



La partecipazione (informata, consapevole) è un elemento decisivo per un modello di salute (e di sanità) più equo e anche più «intelligente»: il cittadino non è un oggetto (o paziente), destinatario di interventi sanitari, ma un soggetto, che, come singolo, partecipa e contribuisce alla tutela e al recupero della propria salute, e che, come comunità, partecipa al processo di conoscenza dei bisogni e all'elaborazione delle misure idonee a soddisfarli.

# Tra le questioni di fondo: il rapporto tra ospedale e assistenza sanitaria primaria



- Occorre un rapporto razionale tra ospedale e medicina di territorio (che forse non è definizione corretta, perché anche l'ospedale deve essere “nel” territorio), **programmando la rete dei servizi sanitari regionali sulla base dei bisogni e delle evidenze epidemiologiche** (bastino gli esempi negativi del progetto del nuovo Ospedale Galliera, la deprivatione di servizi della Val Polcevera e le ambiguità sull'Ospedale del Ponente), bilanciando **adeguatamente i servizi di ricovero e cura con una rete di efficienti servizi territoriali e di prossimità**, rafforzando le cure primarie, i consultori familiari, i servizi di salute mentale, i servizi domiciliari e i servizi e le attività di prevenzione;
- in generale, va potenziata l'**assistenza sanitaria primaria** (primary health care, per noi: assistenza sanitaria di base).
  - Da subito: **ridurre drasticamente le liste di attesa** per le prestazioni specialistiche e strumentali necessarie; in ogni caso le liste di attesa non possono essere superiori a quelle dell'attività intra moenia;
  - rendere il **Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** uno strumento funzionale alla tutela della salute dei cittadini, concretamente e diffusamente fruibile.



*Tornare a come si stava prima.....(???)*

C'è un **futuro** prevedibile e uno **auspicabile**..... (diverso).

Quello auspicabile dipende da molti cambiamenti e non solo dalla «vittoria» sul virus ma dall'eventualità che si comincino ad affrontare di più tanti altri fattori del complesso sindemico (povertà, emarginazione, fragilità, debolezza di popolazioni, debolezze geografiche....)

# Utopia? Libro dei sogni?



Può sembrare, oggi, ma forse rendere questi auspici un po' più reali e farli diventare impegni concreti dipende da noi ..... e ovviamente da molti altri, dalla nostra **capacità di aggregazione** e di **protagonismo collettivo**.