

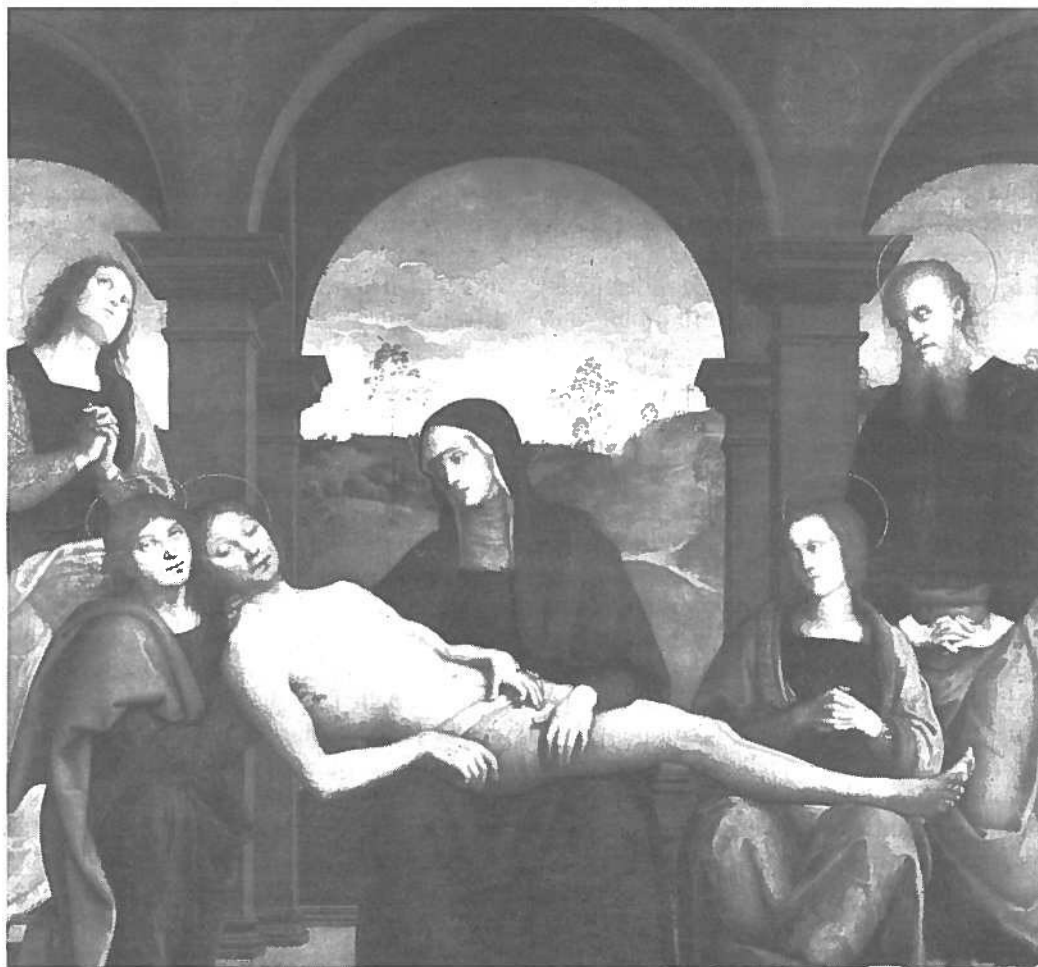
Dopo la bufera, viaggio dentro la sanità umbra (2)

Il distretto del “Perugino”

Oswaldo Fressoia

Nell'ultimo numero di questo giornale, avevamo promesso un viaggio dentro il Servizio sanitario regionale con l'intento di renderne conto, andando anche fisicamente nei luoghi dove esso concretamente prende forma, visitando strutture e contattando persone, operatori ed utenti. In realtà, più che di un viaggio -forse troppo lungo per le nostre forze- tenderemo un attraversamento del sistema, cercando di indagarne alcune realtà, fra le più significative, per frestituirne una fotografia -la meno sfocata possibile- e farne emergere criticità, punti di forza (ce ne sono, nonostante tutto), e soprattutto i nodi politici che li sottendono. Con questo numero, partiamo dal Distretto del 'Perugino', che comprende i comuni di Perugia, Corciano e Torgiano, e che con i suoi quasi 200.000 abitanti, è il più popoloso di tutti i 6 distretti della Asl n.1. Esso si articola in 5 Centri di Salute territoriali che si snodano in 12 centri di salute più piccoli che, con un termine orridamente burocratico, vengono chiamati 'Punti di erogazione', oltre che in 6 Consultori. Complessivamente dispone di 167 medici di base o di Medicina Generale (da ora in avanti Mmg), 26 pediatri di Libera Scelta, 19 medici di Continuità Assistenziale (ovvero l'ex Guardia Medica) e altri servizi con cui si garantisce il complesso di attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza che il Servizio Sanitario Nazionale è obbligato a garantire. Alcuni servizi sono unici per tutta la Regione (come per esempio, la Prevenzione Tisiopneumologica ed il Centro regionale per l'Autismo) a cui accede quindi, anche l'utenza di altri distretti. Il Distretto è il livello che deve assicurare le cure primarie: assistenza medica e infermieristica ambulatoriale, domiciliare integrata, la prevenzione (specie le vaccinazioni) e la promozione della salute, l'assistenza pediatrica, la riabilitazione, le consulenze, i prelievi, le attività socio assistenziali, autorizzazioni/erogazioni di farmaci, ecc.

Il problema delle risorse e del personale Sebbene la carenza di risorse si faccia sentire sempre di più - per esempio, con il Decreto Lorenzin, le sedute vaccinali sono più che raddoppiate ma con un personale rimasto lo stesso - purtuttavia queste prestazioni di base vengono garantite in maniera sostanzialmente soddisfacente: questo dicono tutti, operatori e responsabili di centri di salute. Che il personale sia numericamente carente sarà anche frutto, in qualche caso, di una sua cattiva distribuzione - dice un responsabile di un centro di salute - ma rimane comunque un dato strutturale: nel corso di un incontro svoltosi pochi giorni fa, dedicato all'infermiere di comunità, è emerso che in Piemonte, il numero di infermieri è, in proporzione al numero di abitanti, più che doppio rispetto all'Umbria. Ciò ovviamente -continua il medico- ha delle ricadute in termini di carichi di lavoro, clima organizzativo e qualità dei servizi. Non mancano tuttavia, esempi ove il problema viene, se non risolto, attutito con intelligenza, razionalizzando al massimo le risorse e, cosa non irrilevante, facendo leva sulla professionalità e motivazioni del personale, come per esempio avviene nel Centro di salute di Perugia centro-San Marco, ove l'assistenza domiciliare del paziente è passata, a parità di risorse, da un orario quotidiano 7-13, più tre ore di reperibilità pomeridiana, ad un orario continuato 7-19 più la domenica, attraverso la disponibilità, a turno, di un infermiere. Ciò, fra l'altro -fa notare il responsabile del Centro- permette, di evitare inappropriati e più costosi, interventi del 118,



magari per un semplice reinserimento di un catetere, o per una endovena. E prosegue: “È però raro il caso che io da responsabile di un centro territoriale possa, anche nei casi più complessi, trovare il tempo per partecipare alla prima visita del paziente e, insieme al Mmg e all'infermiere di distretto, fare la valutazione, consultare e implementare la cartella clinica ed elaborare così, il Piano assistenziale personalizzato; cosa questa che quando lavoravo in Toscana riuscivo invece, a fare abbastanza spesso”.

Le prescrizioni specialistiche, il rapporto pubblico-privato, l'(in)appropriatezza e l'educazione del paziente. Ma i problemi più consistenti sorgono quando si passa alle prescrizioni specialistiche, ormai sempre più inquinate da un rapporto pubblico/privato contrassegnato più che spesso da un manifesto conflitto di interessi, a scapito ovviamente delle tasche dei cittadini. A fronte di una sanità privata sempre più concorrenziale e conveniente e di un servizio pubblico impoverito e in affanno, e quindi a liste di attesa molto lunghe cresce il numero di cittadini che si rivolge al privato non convenzionato, anche perché in molti casi il prezzo del ticket non è molto distante dal prezzo della clinica privata. Il problema delle liste di attesa -sebbene l'introduzione nel 2016, del Piano regionale per la sua riduzione ha leggermente migliorato la situazione- rimane comunque uno dei problemi più sentiti. A dire di un medico della CARD (l'associazione dei medici di distretto) il problema non viene affrontato con la necessaria determinazione dalla Regione, quando si potrebbe/dovrebbe invece, agire più radicalmente. “Per fare un esempio, in alcune Asl di altre regioni si è agito su tre piani: migliorando l'appropriatezza, aumentando l'orario dei servizi (a parità di personale), e soprattutto agendo sull'intramoenia”, ovvero facendo leva su una legge assai datata e praticamente abbandonata, che impone di bloccare le prestazioni di libera professione dentro l'ospedale a favore di quelle pubbliche, in quelle aree cliniche nelle quali la domanda superi un certo livello, in maniera tale da poter essere smaltita in tempi

accettabili e con minori costi per il cittadino. Ma su questo punto, c'è un altro elemento che viene sottolineato da molti operatori (medici e infermieri), che seppure in modi diversi, dicono la stessa cosa: è molto diffuso un atteggiamento dei pazienti assolutamente 'impaziente', assurdamamente pretenzioso e 'male educato', e lamentando come ciò venga dimenticato e/o rimosso dai produttori di opinione pubblica, mai sazi -aggiungiamo noi- di 'malasanità', ovviamente pubblica, e nello spiegare il tutto con la “troppa burocrazia”. “Ci sono stati casi di pazienti - dice uno di loro- che hanno rifiutato, anche in maniera arrogante, la data proposta dalla struttura entro i 10 giorni dalla richiesta previsti per le situazioni di urgenza, solo perché non era comodo per loro”. Per non parlare dei casi in cui si equivoca come attesa troppo lunga, la giusta scansione temporale fra un esame e l'altro, dato che non è assolutamente necessario, come per esempio le mammografie, farne più di uno all'anno. “L'educazione alla salute - dice pacatamente, in proposito un medico del Centro di salute (pardon, 'punto di erogazione') del quartiere perugino di Madonna Alta - dovrebbe prevedere anche l'educazione del paziente alla pazienza e alla condivisione dei problemi del Ssn”. Sta avanzando inoltre - dice sempre lo stesso medico- un ricorso alla cosiddetta 'Medicina robotica', con pazienti che quindi vanno a Spoleto dove esistono reparti chirurgici che si affidano a tali tecnologie molto avanzate e accattivanti (ma vissute illusoriamente come *deus ex machina*), o addirittura la tendenza ad affidarsi, tramite una App (Babylon), alla intelligenza artificiale che somministrano diagnosi basate su algoritmi frutto di conversazioni simulate con pazienti virtuali e che orientano il paziente vero e proprio a specialisti e/o farmaci che promettono immediatamente di affrontare e risolvere il problema di salute, saltando così il rapporto con il medico di base. Al di là di questo, emerge comunque una diffusa in-appropriatezza del rapporto fra Mmg e servizi specialistici, i quali invece di stabilire in maniera condivisa quali pazienti prendersi in carico ed elaborare i relativi piani

diagnostico-terapeutici, in molti casi, vedono il primo 'liberarsi' del paziente rinviandolo allo specialista senza neanche produrre -come dovrebbe- il cosiddetto 'quesito diagnostico' ovvero le motivazioni cliniche della richiesta specialistica. Il medico specialista specularmente, tende invece a “tenere” più pazienti possibile per pretendere e legittimare per sé più personale e risorse. Altra incongruenza che appesantisce il percorso terapeutico, si determina nei casi di necessità di ulteriori esami dopo il primo, per cui il medico specialista invece di prendersi direttamente in carico il paziente, lo rimanda dal medico di base perché inoltri una nuova richiesta.

I 'fiori all'occhiello'. Non mancano in questa fotografia in chiaro-scuro, anche esperienze molto positive e di qualità, come per esempio nel Rapporto scuola/Servizi sanitari, ove nei casi di alunni con malattie latenti (asma, allergie, epilessie) esiste un protocollo rivelatosi molto efficace, per cui gli insegnanti del ragazzo con tali problemi, vengono formati dal Servizio sanitario, sulla malattia specifica per poter intervenire nei casi di manifestazione acuta della malattia, in attesa del 118. Oppure il Progetto Diabete, in cui sono stati coinvolti anche altri distretti della Asl, e che ha visto la nascita di 16 equipe multidisciplinari (medici, infermieri, operatori sociosanitari, volontari) in una gestione del paziente (ne sono stati coinvolti 897) improntata alla cosiddetta “Medicina di iniziativa”, quella cioè, che invece di attendere il paziente, lo va a ‘cercare’, scegliendo, dagli archivi dei Mmg i casi più ‘congrui’, onde intervenire il più precocemente possibile nei confronti di possibili e/o incombenti malattie, o per curarle meglio, agendo sui fattori di rischio, ambientali e comportamentali del paziente, convocandolo per un primo appuntamento in vista di visite successive. Il paziente, così trattato -valutazione clinica, *counselling* relativo agli stili di vita, misurazione del tasso di glicemia, assunzione di farmaci- torna nel setting del Mmg, ricorrendo eventualmente al servizio specialistico diabetologico, quando eventualmente varia, in negativo, il quadro clinico-metabolico.

Verso la Casa della salute? Questi esempi, ma non sono i soli, spingono verso modelli organizzativi più capaci, specie in periodi come questi, di penuria di risorse, di garantire efficienza ed efficacia ai servizi, attraverso strutture più in grado di promuovere la messa all'opera congiunta e integrata delle diverse competenze necessarie, e un approccio globale-olistico alla salute e quindi per promuovere concretamente la Medicina di iniziativa. La Casa della salute, già adottata in alcune regioni, soprattutto la Toscana e l'Emilia Romagna, viene ormai individuata - anche tra gli operatori sanitari del Perugino- come il modello più adatto in proposito. Un luogo che, anche fisicamente e simbolicamente, si propone come struttura e momento comunitario nella direzione di una maggiore de-ospedalizzazione del sistema sanitario, e di una riduzione della tendenza alla frammentazione specialistica degli interventi e dei servizi. Un luogo, per esempio, che ‘costringa’, tutti i Mmg in un'unica sede, e ad un adeguato aggiornamento formativo, nonché a mettere in comune esperienze e possibili azioni e interventi, specie quelli di prevenzione e promozione della salute: le uniche, in prospettiva, in grado di abbattere realmente i costi e, al tempo stesso far stare meglio e più in salute i cittadini. Prossima tappa, Foligno.

La pazienza delle associazioni

Oswaldo Fressoia

Incontriamo Oswaldo Bassini che è il presidente della sezione locale della Fand (Associazione nazionale diabetici), di cui è anche membro del Consiglio nazionale e tesoriere nazionale, nella sua ospitalissima casa perugina. Ed è un piacere ascoltarlo mentre spazia dalle origini socialiste della sua famiglia (di Città della Pieve), e dall'antico forno con cui essa da generazioni, continua a soddisfare il palato e lo stomaco degli abitanti della cittadina del Perugino, fino alla sua carriera in Unicredit. Che praticamente terminò quando da direttore di banca dello sportello di Perugia, non le mandò a dire neanche a Profumo (allora il grande capo della prima banca italiana) che, con argomentazioni melliflue e lussuosi viaggi "di lavoro" all'estero (con famiglia), pretendeva che i titoli tossici finiti nel groppone di Unicredit, venissero venduti dai propri sottoposti agli inconsapevoli risparmiatori, ben insaccati un pò per volta, dentro le famose "salsicce" finanziarie. La stessa verve con cui con un certo orgoglio racconta il suo gran rifiuto, la mantiene anche quando finalmente ci mettiamo a parlare di volontariato, di diabete e di sanità.

Le associazioni dei diabetici

"La nostra -dice- è la più grande associazione italiana di diabetici, presente in 120 città italiane con 40mila iscritti", forse anche perché fu quella che si batté, con successo, per la Legge 115 (1987) che stabilisce che il paziente, fin dalla scoperta della malattia ha diritto ad assistenza e medicine gratuite, oltre che tutela legale. Non fu indifferente -dice ancora Bassini- il fatto che allora era Presidente del Consiglio Craxi e ministro della sanità Pastore, entrambi diabetici. In Umbria -prosegue- sono circa 70mila (6,1%) le persone che, a diversi livelli, hanno problemi di diabete, al netto di coloro che ancora non lo sanno. E il servizio sanitario regionale -chiediamo- come risponde? "Devo dire che in generale la sanità umbra ha avuto per lunghi anni una qualità alta, e anche punte di eccellenza, ma da tempo è in calando, e le ultime vicende non fanno che sancire, tristemente, questa tendenza". In tale contesto -prosegue- la diabetologia è comunque uno dei comparti che va meglio. Lo stesso 'Progetto Diabete' già in atto da tempo e in diversi distretti, contiene ottime idee, soprattutto perché centrato sulla cosiddetta 'Medicina di iniziativa', ovvero il servizio che va a cercare il paziente. "Per esempio -dice- se risulta che un paziente in insulina, da più di un anno non si fa vedere, sono io, medico di base che vado a rintracciarlo". L'unico punto veramente critico sono le liste di attesa, dove per una visita specialistica e/o di controllo occorrono in media 6 mesi, cosa non da poco per una malattia che se non presa in tempo e non curata adeguatamente con visite costanti, determina effetti collaterali gravi che investono molti altri organi del corpo umano (cuore, vista, fegato, piede) e "uccide lentamente e silenziosamente". Un'altra cosa su cui l'Associazione sta lavorando -dice ancora- è quella della istituzione del 'Diabetico-guida', una figura reclutata fra i membri delle associazioni di volontariato, adeguatamente formato e con rigoroso esame finale. Essa, andrebbe a supportare il medico di base e l'infermiere di distretto sostituendoli e sgravandoli nelle visite domiciliari in quei problemi ove la loro presenza non è indispensabile: per una iniezione, un consiglio relativo al mangiare, per momenti di solitudine /o depressione, ecc. Poi -continua- esistono situazioni in cui l'Associazione funge anche da sentinella contro azioni e politiche che, magari dietro etichette di razionalità, efficienza e buon governo, in realtà rischiano di trasformarsi nel loro contrario, "come quando bloccammo una gara che la Regione Umbria, analogamente ad altre Regioni anche più grandi e 'prestigiose', voleva indire per l'acquisto di materiali per il diabetico" (i famosi stick, ovvero le strisce reattive per la misurazione delle glicemie) il cui criterio prevalente era quello del famigerato 'massimo ribasso', ovvero quello che induce a scegliere il fornitore non in base alla qualità del prodotto, ma a quella del prezzo più conveniente... "Insomma, quelle logiche che, oltre a non farti risparmiare, anzi..., poi ti fanno venire in mente brutti pensieri". Che, tuttavia, la nostra ipotesi di partenza, secondo cui la sanità umbra, soprattutto grazie a quanto costruito e consolidatosi in passato, e pur dentro una tendenza al declino, stia ancora, pur ansimando, in piedi, ci viene, di fatto, confermata anche da Massimo Cipolli, responsabile di Agd Umbria (Associazione dei genitori dei bambini dia-

betici) che, raggiunto telefonicamente, riconosce alla Regione Umbria, almeno in campo diabetologico e pediatrico un rapporto di grande collaborazione nell'affrontare il problema delicatissimo del diabete in età evolutiva. Ciò si è tradotto, fra l'altro, nel fatto che l'Umbria è stata la prima Regione, a livello nazionale, a recepire la normativa specifica ispirata dal Piano nazionale per la malattia diabetica, poi materializzatasi in un insieme di azioni proficue, fra cui i campi scuola per bambini diabetici, la formazione del personale, e un importante ruolo di Agd Umbria nel Coordinamento nazionale, in importanti progetti nazionali e nella collaborazione con il Ministero della Salute. "Purtroppo lo scandalo *Sanitopoli* dice Cipolli- ha investito soprattutto Pediatria [la vicenda del primario Susanna Esposito tartasata e non poco, per la sua renitenza verso il sistema di concorsi e nomine pilotate, ndr] e quindi anche la Diabetologia pediatrica, aggravando i problemi, specie quelli riconducibili alla carenza di personale. Ciò ha determinato una riduzione drastica delle visite specialistiche, che da tre giorni alla settimana si sono ridotte ad una, con relativa impennata del numero di pazienti costretti ad andare fuori regione".

Il Tribunale dei diritti del malato (Tdm)

È sostanzialmente simile anche il giudizio che risulta dall'incontro con Miranda Zucca, referente e responsabile del Tdm, che incontriamo, insieme a Francesca Moroni, anch'essa da quasi 20 anni impegnata nel volontariato, nella piccola ma accogliente sede presso l'Ospedale Silvestrini di Perugia. Il Tdm -va premesso- è un ramo di Cittadinanzattiva, organizzazione civica a rete, fondata da cittadini impegnati nella tutela e nella promozione dell'attivismo e dei diritti delle persone, nella cura dei beni comuni e nel sostegno alle persone in condizioni di debolezza. "Dopo quanto è successo -dicono- le cose, almeno in ospedale, continuano ad andare avanti come prima, cioè, pur zoppiando, in un quadro di sostanziale tenuta... Ma è indubbio che con il blocco dei concorsi e quindi delle assunzioni, i servizi ed i reparti 'sentono' ancora di più la carenza di personale, a cui rispondono con contratti a tempo determinato o richiamando personale già in pensione". Alla domanda di come si stia muovendo il Commissario straordinario, rispondono che sta cercando per quanto possibile di ripristinare una certa 'normalità, oltre ad aver già promosso due incontri: il secondo dei quali dedicato a tutte le associazioni di volontariato, mentre è in programma un terzo con gli operatori sanitari. Ma la cosa più interessante -dicono le due volontarie- è l'intenzione di promuovere e dare forza alla cosiddetta Medicina narrativa, ovvero quella metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa ove la narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura, per costruire in maniera condivisa, un percorso di cura personalizzato. "Si tratta -aggiungono- di un approccio che va nella direzione di una medicina che mette al centro la persona, e verso una umanizzazione dei

servizi che, fra l'altro, implicitamente contrasta anche lo stress psicofisico degli stessi operatori". Uno stress, spiegano, che in gran parte dipende da carenza di personale e da intasamento dell'ospedale perché mancano o sono carenti le strutture intermedie di territorio che dovrebbero garantire, a diversi livelli la continuità assistenziale. "Senza dimenticare poi che il personale sanitario in Umbria è fra quelli meno pagati in Italia". E come Tdm -chiediamo- che ruolo state giocando in tutta questa situazione e nella prospettiva di una Regione a guida Tesei? "Il Tdm -rispondono- non verrà meno alla propria *mission*: noi non facciamo guerra ad alcuno; il nostro compito è quello di garantire un supporto al cittadino-paziente che da solo non ce la fa, nei confronti di istituzioni, talvolta ostiche come l'ospedale e la Asl". "Anzi -ci tengono a dire- noi, di fatto, con la nostra attività, fungiamo da antenna del Sistema sanitario, di tutti i punti critici e di tutto ciò che non funziona, ma sempre in spirito di collaborazione leale, senza pregiudizi, ma anche senza alcuna forma di accondiscendenza". Da 'avvocato del diavolo' chiediamo se in alcuni casi, il Tdm non concorra, involontariamente, al fenomeno dei contenziosi in sanità, spesso pretestuosi, accesi dai pazienti (e o loro familiari) nei confronti di medici e strutture sanitarie, e della cosiddetta 'medicina difensiva', ovvero quella pratica con cui il medico e l'ospedale si difendono da eventuali azioni di responsabilità medico legali seguenti alle cure prestate. Un fenomeno non irrilevante, almeno dal punto di vista dei costi (circa il 10% della spesa sanitaria). "No -dicono recisamente- la nostra associazione, attraverso i nostri legali, sta ben attenta, in tali casi, a convincere il paziente 'bellucoso' a desistere, nei casi di ingiustificate rivalse".

Il volontariato ai tempi del populismo

Al di là di quanto rilevato con le associazioni incontrate, non sarebbe male cercare di indagare anche la dimensione e le caratteristiche del fenomeno volontariato. Si tratta infatti di un esercito, anche in Umbria, non irrilevante, pure sul piano dei numeri: spulciando su Internet abbiamo contato 116 associazioni/organizzazioni volontarie, di ambito sociosanitario: si tratta di alcune migliaia di persone, medici, infermieri, professionisti, impiegati, operai, studenti e casalinghe che dedicano parte del loro tempo libero, metodo e passione per garantire la piena riuscita della loro "missione". Il problema, politico, è allora forse quello di come questa grande base di militanza e di volontariato possa essere raccordata, rappresentata e pesare politicamente nei confronti dei poteri dominanti locali e centrali. E soprattutto se e quanti di questi soggetti, dietro i seducenti e ambigui concetti di sussidiarietà e società civile, condividano apertamente, o ne siano inconsapevolmente strumento, il disegno di strisciante esternalizzazione delle prestazioni sociali da parte delle istituzioni pubbliche, coinvolgendo anche il volontariato, che in tal modo concorrerebbe colpevolmente a sgravare lo Stato dai suoi doveri di solidarietà, e ad indebolire il Welfare. Le tre associazioni che abbiamo incontrato, pur se statisticamente poco significative, ci sono parse completamente fuori da queste logiche. Vivaddio.

sottoscrivi per micropolis

Totale al 25 ottobre 2019: 5.420,00 euro

Oswaldo Fressoia 120 euro; Stefano Zuccherini 500 euro;

Totale al 25 novembre 2019: 6.040,00 euro

C/C 16839763 intestato a C.D.R. CENTRO DI DOCUMENTAZIONE E RICERCHE
c/o bancaetica, Filiale di Perugia, via Piccolpasso 109 - 06128 Perugia
Coordinate IBAN - IT84H0501803000000016839763

Ospedali, servizi sanitari e ciminieri

Osvaldo Fressoia

“Il nuovo ospedale comprensoriale di Narni-Amelia? Si ma purché non diventi un *alter ego* di quello di Terni che è a solo 20 km. Un doppione non ce lo possiamo permettere». Così, recisamente, ci dice Giuseppe Fiorenzano, da poco in pensione, ex dirigente medico di malattie respiratorie dell'Ospedale S.Maria di Terni, ma con importanti trascorsi anche in altri ospedali italiani. «Che siano già stati stanziati 58 milioni per questo progetto, non significa che tale investimento non possa venire riconvertito diversamente». Cioè? «Facendolo diventare un ospedale particolarmente qualificato in un determinato ambito, per esempio, quello della riabilitazione... comunque in stretto rapporto con l'Ospedale di alta specialità di Terni, così da intercettare la domanda a bassa e media complessità... Bisogna capire che un altro ospedale per acuti, con le necessarie apparecchiature di avanguardia non sarebbe sostenibile, perché non avrebbe il necessario bacino di utenza, perché già Terni calamita pazienti anche di altre province, Rieti e Viterbo *in primis*... e poi si deve sapere che la stessa eccellenza del personale medico può aversi e mantenersi solo se, per esempio, un neurochirurgo opera quotidianamente (o quasi), non se lo fa invece, una volta ogni 10-15 giorni perché ci sono pochi casi acuti...». Questo il nocciolo del problema che ha “infiammato” - si fa per dire - in queste ultime settimane la Conca ternana, mettendo da subito alla prova il nuovo governo dell'Umbria. «Il progetto dell'ospedale Narni-Amelia sarà oggetto di valutazione, analizzandolo nel contesto del sistema ospedaliero regionale», ha esordito - possiamo dirlo? Con buone ragioni - il nuovo assessore venuto dal nord, Luca Coletto, esponendosi alle inevitabili reazioni municipaliste che provengono dalle stesse file della nuova maggioranza, ma non solo. Infatti anche per la neo-opposizione, appena orfana di un potere pluridecennale, e in perenne crisi di idee, il nuovo ospedale comprensoriale ha rappresentato fino a ieri una bandierina, anch'essa sostanzialmente di campanile.

L'ospedale Santa Maria di Terni

Del resto l'ospedale Santa Maria - più di un medico ce lo conferma -, pur dentro una situazione di carenza di personale ormai strutturale, e quindi non spiegabile solo con il blocco temporaneo delle assunzioni seguito alla *Sanitopoli* umbra, riesce ancora a garantire un livello di prestazioni, quali-quantitativo, decoroso. Sebbene, quasi a smentire, proprio in questi giorni il Pronto soccorso è ingolfato e non pochi sono i reparti ospe-

dalieri con pazienti parcheggiati in corsia. A testimoniare come anche a Terni si verifichi quello che accade sovente altrove: il poco filtro dei servizi territoriali nel garantire prestazioni ordinarie così da evitare le ospedalizzazioni inappropriate e l'eccessivo ricorso al Pronto soccorso (sono circa 44mila gli accessi in un anno, di cui il 70% in codice bianco!), frutto anche di una cittadinanza male informata e male educata. Nessuno ci sa dire, né si sbilancia, nell'attribuire colpe e/o responsabilità alla carenza di personale, medico e infermieristico, che oltre ad appesantire il lavoro, rischia di lacerare il clima organizzativo interno (non si contano le ore di straordinario che rischiano di andare “in cavalleria”): c'è chi lo spiega attribuendo maggior peso all'ottica prevalentemente, se non meramente, ragionieristica e aziendalistica delle politiche regionali, il cui obiettivo primario non è la salute dei cittadini in rapporto alle risorse disponibili, ma il mero pareggio di bilancio; e chi invece dà più importanza a fattori gestionali e “politici”, come per esempio, il continuo cambio di direttori generali, con le inevitabili scosse anche nei rami inferiori; un *tourbillon* frutto soprattutto di alchimie e fedeltà politiche tribali, invece che di scelte chiare e trasparenti: addirittura un direttore generale arrivato dalla Toscana (si dice, imposto dai “renziani”), è durato appena tre mesi per poi dimettersi per migrare verso lidi più convenienti. Pur tuttavia l'Ospedale Santa Maria non manca di reparti di eccellenza e di qualità, grazie anche ad investimenti cospicui, passati e recenti di cui non siamo in grado di dire se più frutto di priorità reali, che indotti invece, da motivi di immagine e facile consenso. Sta di fatto che laboratori di diagnostica, telemedicina, cardiocirurgia, patologie gastriche, anatomia patologica, diabetologia, sono reparti di alta qualità, quando non di eccellenza.

Ospedale, servizi territoriali e Regione

Particolare menzione, forse, va data alla diagnosi e cura dell'ictus dove, grazie al coordinamento con la rete territoriale nella fase pre-ospedaliera, un'apposita squadra (*Stroke unit Team*), frutto della collaborazione multidisciplinare di neurologi e altre professionalità, ha predisposto un protocollo diagnostico-terapeutico e assistenziale dell'ictus, che, ottimizzando tempi e procedure, ha accorciato la tempistica anche nella fase del trasporto in ospedale del paziente. «Ciò - ci dice con un certo orgoglio, il prof. Carlo Colosimo, uno dei componenti del *Team* - riduce le complicità e gli esiti nefasti, fra cui la mortalità, passando inoltre, nel biennio 2018-19, dal 2%

all'8% dei pazienti trattati con tale percorso». Un altro esempio positivo di integrazione sociosanitaria è il potenziamento della dialisi domiciliare: oltre il 25% dei pazienti che devono fare la dialisi, oggi non va più in ospedale, ma accede alla dialisi domiciliare, rispetto ad una media che in Umbria è del 10% e che in Italia è di poco superiore, consentendo così al paziente di mantenere il proprio stile di vita, la capacità lavorativa e l'integrazione sociale. Ciò dimostra che lo scarso e reciproco dialogo fra ospedale, servizi e professionalità del territorio, che spesso si ignorano vicendevolmente, non è necessariamente un “destino infame”, ma possono essere superati se ci sono progetti, motivazioni e quindi volontà, soprattutto politiche. In proposito la Regione, che è di fatto la “holding” del servizio sanitario regionale, in quanto soggetto proprietario delle Aziende sanitarie pubbliche sul suo territorio, che le finanzia, le coordina e le controlla, dovrebbe esercitare un ruolo politico più forte, anche in tale direzione, ovvero in quella di una sempre maggiore integrazione e per garantire la presa in carico del paziente fragile in un percorso di continuità delle cure e di appropriatezza. In proposito continua a latitare invece, anche a Terni qualsiasi ipotesi di Casa della salute, già in opera invece, in altre regioni, quale modello più in grado, fra le altre cose, di assorbire gran parte della domanda sanitaria di base e decongestionare in tal modo, pronto soccorso e ospedale, e di ridurre le liste di attesa.

La salute dentro e fuori la grande fabbrica

Ma Terni e la sua Conca è anche il territorio segnato dalla presenza della grande fabbrica che da quasi 2 secoli ne ha forgiato, in larga parte, le sue forme, la sua storia e la sua cultura. Ciò vale anche per quanto riguarda la salute in fabbrica, dove i lavoratori ternani furono protagonisti nel decennio cruciale degli anni '70, della straordinaria esperienza del Mesop (Medicina Sociale e preventiva Terni), quando, anche grazie all'impegno di un gruppo di medici, igienisti e statistici, si innescò un processo reciproco di conoscenze che permise alla soggettività operaia finalmente di sprigionarsi, fino a gestire in prima persona, la propria salute, difendendola dai rischi e promuovendola attraverso la prevenzione anche oltre i cancelli della fabbrica. Il furore calmo con cui quella esperienza fu prima destrutturata e poi rimossa, coincise paradossalmente con la Legge 833/78, proprio quella che istituiva finalmente il servizio sanitario universalistico: avvenne che attraverso una “scientifica” non applicazione di

quella importante riforma, nei luoghi di lavoro i servizi sanitari e la medicina del lavoro riguaragnarono in poco tempo una sostanziale autoferenzialità, smorzando la radicalità, soprattutto politica, di quella esperienza. Ed è difficile oggi cosa rimane nei servizi di prevenzione quella straordinaria stagione politica dopo che negli ultimi quasi 30 anni l'azienda (il “padrone” ha riguadagnato il dominio pressoché assoluto in fabbrica. Anche in termini di salute? Chiediamo. Secondo Pietro Felici e Luciano Sani e abbiamo incontrato separatamente, e che fin ad alcuni anni orsono hanno diretto a Terni, rispettivamente il Dipartimento di sanità pubblica e il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, il discorso è articolato. Do che con la Legge 626/78, i compiti dei servizi Asl si sono ridotti a quelli di vigilanza, controllo e prevenzione, e le visite mediche vere e proprie (audiometrie, spirometrie, ecc.) sono diventate competenza di un medico terzo (detto appunto “competente”) scelto dall'azienda, va detto - sono entrambi in grande sintonia a distanza che il rapporto con la fabbrica, specie quella grande (Acciaierie e non solo) è stato sostanzialmente improntato ad un clima di buona collaborazione e anche oltre. Quasi a conferma di ciò giungono i dati relativi ad Ast che presenta un'incidenza di infortuni straordinariamente minore che in altre aziende simili (indice di frequenza 4,2, contro un parametro medio pari a 22 per ogni milione di ore lavorate), mentre gli infortuni mortali sono pressoché scomparsi, frutto anche dei processi di automazione che sono andati avanti continuamente e della esternalizzazione di molte fasi lavorative. Il problema si sposta quindi sul terreno dei controlli degli appalti e delle esternalizzazioni a ditte più piccole dove le condizioni di lavoro sono spesso problematiche e la normativa è spesso un *optional* e dove, non a caso, il numero di infortuni sale invece, e di molto. Il fatto è che, nonostante molte ciminiere ormai spente, il personale, sia delle Asl, che quello degli ispettorati del lavoro è diminuito sempre più. Aggiunge in proposito, Sani: «Secondo il calcolo di un magistrato che ha collaborato per anni con noi, i servizi sanitari di prevenzione, in base al personale disponibile, sarebbero in grado di visitare una fabbrica ogni 7 anni». Poi c'è il problema dell'inquinamento atmosferico che anche a Terni è fonte di preoccupazione e di attenzioni, più o meno rimosse, ma che cova sotto la cenere. Certo non siamo a Taranto, ma anche qui si ripropone il doloroso dilemma fra diritto alla salute e diritto al lavoro. In proposito, dice ancora Sani: «Con l'Ordine dei medici per l'ambiente abbiamo posto il problema al Comune, ma la Giunta neanche ci ha risposto. In compenso abbiamo dato vita in collaborazione con ARPA, Asl, Registro dei morti, e volontari, al progetto *Air Selfie*. Questo consiste nella integrazione dei dati raccolti da centraline fisse di Arpa Umbria distribuite nella Conca Ternana con quelli elaborati dalla modellistica matematica di previsione, a cui hanno contribuito anche gruppi e associazioni di cittadini volontari, per la misurazione della esposizione polveri fini (PM2,5): una serie di volontari (comitati e associazioni ambientaliste e di comunisti, medici di base, privati cittadini) indossano dei sensori portatili in grado di misurare in tempo reale le concentrazioni di PM2,5 cui sono esposti, nel corso della giornata, durante il tragitto dei propri spostamenti, tracciato attraverso la calizzazione GPS dello smartphone. «Non dimentichiamo comunque, mai dimenticare - ci dice Luciano Sani - che il fattore maggiore di inquinamento è il traffico veicolare, non i fumi delle fabbriche».

sottoscrivi per micropolis

Totale al 20 dicembre 2019: 6.640,00 euro

Andrea Bollati 50,00 euro; Carmine Buro, Anna Epifani 100,00 euro; Sergio Cecconi 250,00 euro; Luigino Ciotti 50,00 euro; Marcello De Giorgio 10,00 euro; Maurizio Giacobbe 50,00 euro; Colombo Manuelli 100,00 euro; Enrico Mantovani 200,00 euro; Coriolano Nunzi, Gabri Leonori 100,00 euro; Roberta Perfetti 100,00 euro; Adriana Secondini 50,00 euro.

Totale al 20 gennaio 2020: 7.700,00 euro

C/C 16839763 intestato a C.D.R. CENTRO DI DOCUMENTAZIONE E RICERCHE
c/o bancaetica, Filiale di Perugia, via Piccolpasso 109 - 06128 Perugia
Coordinate IBAN - IT84H0501803000000016839763

Dopo la bufera, viaggio nella sanità umbra (6)

Convenzione fra Università e Regione: lotta continua

Oswaldo Fressoia

È partita la rivoluzione della Sanità? annunciavano prima che esplodesse il Coronavirus, la nuova presidente della Regione Umbria Donatella Tesei e il neo rettore dell'Università di Perugia Maurizio Oliviero, circondati da una consistente *claque* mediatica, nel mentre che firmavano il *Memorandum sulla salute*. Stop. La 'rivoluzione' è per il momento rinviata: il problema ora è come fare fronte all'emergenza virale che, seppure in forma finora minore, tocca ovviamente anche l'Umbria, e che induce comunque l'assessore venuto dal nord est a sproloquiare di impossibili e inutili (e onerosi) tamponi a tappeto, "non solo in Umbria, ma in tutta Italia, anzi in tutta Europa". A questo punto viene da chiedersi chissà di che rivoluzione si sarebbe trattato. Ma ammesso - e non sarà così - che dopo la pandemia tutto tornerà come prima, il rischio è che l'ormai abusata espressione dissimuli l'ennesima - se va bene - razionalizzazione del sistema sanitario umbro ove da sempre, si fronteggiano tre diversi attori: da una parte il governo regionale, che da poco ha cambiato 'colore', con tutto il suo peso politico e istituzionale; poi c'è l'Università, che non è solo studio, studenti e sapienza, ma anche potere diffuso, un formidabile apparato burocratico, un insieme di cattedre e di professori, di cliniche ed ospedali; e infine il bisogno di salute dei cittadini, i cui diritti sempre più spesso, soccombono. In ogni caso, questo Memorandum dovrebbe aprire la strada, finalmente alla nuova Convenzione di cui si parla, e si cinguischia, fin dal 2015, ma mai chiusa dalla coppia Marini (ex presidente di Regione)-Moriconi (ex Rettore). "La verità - mi dice un vecchio professore universitario da anni in pensione - è che non solo non si è mai giunti ad una nuova Convenzione, ma la stessa ancora vigente, continuamente prorogata, non è stata praticamente mai attuata". Comunque, gli intenti, così come scritti sul *Memorandum*, paiono buoni e condivisibili: mettere a sistema in maniera integrata le rispettive risorse e competenze, per costruire un percorso di salute a beneficio di tutti i cittadini umbri e - recita il documento - per "adottare i nuovi modelli organizzativi entro il 31 dicembre, anche per consentirne un adeguato recepimento nel piano sanitario regionale", Tradotto: entro la fine dell'anno avremo i decreti attuativi. Sul fronte universitario poi, c'è un'altra novità: Medicina, oggi articolata in tre dipartimenti (Medicina, Medicina sperimentale e Scienze chirurgiche e biomediche) introdotti dalla cosiddetta Riforma Gelmini, si ricompone in un solo dipartimento al fine di evitare inutili duplicazioni e simmetrie di servizi e strutture, e quindi, unico direttore, più efficienza (e più economie), maggiore semplificazione dei rapporti con il Servizio Sanitario, nonché più compattezza di intenti: troppe sono state infatti, le voci in campo, le faide e i motivi di conflitto. E se non sarà facile coordinare, sotto un unico direttore, un corpo composto di oltre 200 docenti e ricercatori, per ora questi, in maggioranza, paiono esprimere consenso al nuovo indirizzo. Premettendo, come sottolineato nello stesso *Memorandum*, che nella nostra regione la qualità delle prestazioni sanitarie è di indiscutibile valore. È infatti oggi necessario - continua - il perseguimento anche di obiettivi, come la salute delle comunità, la prevenzione primaria, nonché la promozione di uno stato di "benessere" fisico e psicologico, nella convinzione - si aggiunge - che il sistema della salute rappresenti anche un potente volano

di crescita economica e occupazionale e quindi di sviluppo culturale e sociale. Per quanto riguarda l'Università di Perugia invece, dopo averne sottolineato la qualità della didattica e della ricerca svolte, e come essa sia capace di "dispiegare" professionalità di assoluto rilievo in discipline di diverso tipo ormai indispensabili alla moderna sanità (epidemiologi, statistici, farmaco-economisti, giuristi, bioingegneri), il documento ne riconferma il forte ruolo svolto anche nella stessa formulazione del Piano Sanitario Regionale, sebbene solo sul piano consultivo. Sarà vero? In ogni caso, la domanda a questo punto è: al di là degli auspici e dei punti, quasi tutti condivisibili, volti ad un proficuo rapporto fra Ente Regione, Ospedale e Università, per una sanità più efficiente, equa e di qualità, si riuscirà al riguardo, a fare almeno qualche passo reale in avanti? Lo sanno anche i muri infatti, che tale rapporto si contraddistingue, da sempre, per una sua endemica conflittualità. "Il fatto - ci dice una dirigente di distretto che in gioventù ha lavorato anche per l'Università - è che si tratta di un rapporto conflittuale, quasi per sua natura". L'Università è storicamente il luogo deputato all'evoluzione del sapere socio-scientifico della medicina, un sapere superiore, all'avanguardia delle conoscenze, mentre l'Ospedale si trova spesso costretto tra le esigenze di fornire assistenza e quella di mantenersi al passo delle scoperte più avanzate (senza magari averne spesso i mezzi). L'Università è inoltre, l'ente deputato, attraverso le cattedre e i corsi di insegnamento, a formare tutte le figure professionali sanitarie; ma per farlo deve fare leva sull'ospedale, con i suoi reparti e le sue cliniche, dove lavorano anche altri medici, appunto ospedalieri. Ed è proprio il rapporto fra medici universitari e medici ospedalieri, e la conseguente attribuzione di primariati e posizioni apicali, con le rispettive truppe di sottoposti, che spesso scatena veri e propri conflitti che trovano poi nel numero dei posti letto, il punto cruciale ed emblematico. È noto che, almeno fino al recente passato, i posti letto sono stati enormemente sbilanciati a favore dell'attività didattica e di ricerca, quindi dell'Università: uno specifico articolo di uno degli ultimi protocolli di intesa prevedeva esplicitamente n.3 posti letto per ogni iscritto al primo anno di medicina, e n.1 posto letto per ogni iscritto al

primo anno di specializzazione. Se questi numeri si moltiplicano per il numero di studenti iscritti, viene fuori in pratica che l'Università ha fagocitato l'Ospedale. Francamente è difficile, almeno per chi scrive, spiegare le dinamiche - professionali, organizzative, politiche - che sottendono a tali scelte che, in ogni caso ci appaiono impronotabili ad una evidente ambiguità e opacità, difficile da diradare. E se è vero che il più delle volte le carriere e le esigenze dell'Ateneo hanno avuto il sopravvento, è accaduto e può accadere pure che sia l'Ospedale a sgambettare l'Ateneo. Come il caso - a titolo di esempio - della Struttura complessa di Gastroenterologia dell'Ospedale di Perugia, a conduzione universitaria, che fino ad un anno e mezzo fa, è stata diretta per 5 anni da un facente-funzione ospedaliero nella persona di un dirigente sanitario di primo livello, senza alcun ruolo universitario, eppure nominato con delibere ripetute del direttore generale dell'azienda ospedaliera. Ciò anche in violazione delle procedure richieste, e dello stesso contratto collettivo di lavoro del comparto sanitario, nonché dei numerosi accordi firmati da Regione e Università, oltre andare contro le numerose sentenze di Corte Costituzionale e Cassazione. Di fronte a tali lotte, più o meno sorde, più o meno sottraccia, si dimentica il paziente in ospedale che non saprà mai, né gli interessa, se è assistito da un universitario o da un ospedaliero. Invece potrebbe vedersi arrivare all'improvviso 10-15 persone in camice bianco, che parlano di lui, senza neanche sapere chi siano: sono gli studenti di medicina o di altri corsi di insegnamento che approfittano della visita del primario, per presentarsi tutti insieme al lettino del malato per cercare di imparare qualcosa, dato che la loro formazione sempre meno è assistita da *tutor* o altre figure di supporto. Il fatto è che l'Università di Perugia investe sempre meno in formazione, ed è sempre meno in grado quindi, di ottemperare a questo suo ruolo precipuo. "Spesso - mi dice una ex specializzanda - per la formazione di base e la stessa specializzazione manca anche lo spazio fisico e si va avanti affidandosi alla volontà e alla correttezza dei professori a contratto (non pagati per questo compito specifico), quando poi non ci sono più master per diventare caposala o dirigente infermieristico (all'uopo si è costretti ad andare a Siena), e non ci sono più

neanche le scuole regionali per infermieri che - ci viene detto - "erano anche di ottimo livello"... Sarà allora indicativo vedere se nella prossima Convenzione verrà chiaramente messo per iscritto un rilancio forte appunto, della formazione e della ricerca, anche attraverso una rinnovata capacità di attrarre finanziamenti, specie europei (che ci sarebbero), attraverso progetti specifici di ricerca e di formazione o inserendosi in progetti di altre università italiane e straniere, con cui allacciare rapporti proficui e duraturi. Al tempo stesso sarà altrettanto indicativo verificare cosa si metterà in campo per davvero, affinché il modello sanitario umbro, che negli anni è scivolato di nuovo e sempre più, in una direzione ospedalocentrica, saprà-vorrà-potrà rettificare questa china a favore di una maggiore e auspicabile integrazione ospedale/servizi territoriali che lo stesso *Memorandum* promette, e come lo stesso Piano sanitario regionale 2019-2021 redatto in extremis dalla agonizzante Giunta Marini, ribadisce con forza. La costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria integrata di Perugia e di Terni, pare andare invece, nella direzione di una ripetizione di un modello che privilegia l'ospedale a danno della medicina di comunità, della prevenzione ambientale, lavorativa e individuale. In tale contesto la Regione dovrebbe, pur ovviamente consultando - come dice il *Memorandum* - l'Università, rivendicare una primazia sul terreno delle priorità, delle scelte di programmazione e di politica sanitaria: in tema di reti e insediamenti ospedalieri, di personale necessario, di formazione, di allocazione delle risorse. Ma se invece, in questi ultimi lustri, il Rettore è apparso come il vero sovrano della sanità umbra attento soprattutto a tutelare carriere e far valere peso e competenze della facoltà di medicina è perché la Regione Umbria, fino a pochi mesi fa diretta dal centro-sinistra, ha mostrato tutta la sua insipienza e subalternità culturale. Al riguardo - siamo sinceri - da questa nuova giunta a trazione veneto-leghista non ci aspettiamo proprio niente, tanto meno in sanità dove, rispetto a prima, aumenteranno semplicemente - Coronavirus permettendo - le convenzioni con le cliniche private, mentre per quanto riguarda la sempiterna contesa Università-Ospedale gli equilibri, rimarranno presumibilmente, gli stessi.

sottoscrivi per micropolis

Totale al 28 febbraio 2020: 8.850,00 euro

**Enrico Mantovani 200,00 euro; Giovanna Nigi 30,00 euro;
SPI - CGIL Umbria 500,00 euro.**

Totale al 28 marzo 2020: 9.580,00 euro

**C/C 16839763 intestato a C.D.R. CENTRO DI DOCUMENTAZIONE E RICERCHE
c/o bancaetica, Filiale di Perugia, via Piccolpasso 109 - 06128 Perugia
Coordinate IBAN - IT84H0501803000000016839763**

Jacopo Manna

Nel corso dei secoli, l'Europa di pandemie ed epidemie ne ha viste tante. Si sono sprecati in questi giorni i raffronti tra l'attuale infezione collettiva da coronavirus e i precedenti consegnati alla letteratura e alla storia, da Lucrezio a Camus passando per Boccaccio: eppure, per chi tenga presente la situazione, i tentativi di collocare il Covid-19 in questa sequenza dovrebbero apparire fuori luogo e ciò non solo per il numero attuale delle vittime, comunque insopportabile ma senz'altro inferiore a quello delle grandi pestilenze. Gli altri casi di infezione massiva erano in genere accomunati da almeno due elementi, la relativa rapidità con cui la malattia si manifestava rispetto al contagio e la evidenza dei suoi sintomi; gli appestati di Manzoni si scoprono sul corpo il segno del morbo e poco dopo già non si reggono in piedi, Tucidide da un giorno all'altro vede gli infetti di Atene buttarsi da soli nei pozzi per calmare il senso insopportabile di bruciore e morirvi annegati. Ne conseguiva, in genere, un immediato e preciso dividersi della società in due gruppi principali, i contagiati e i sani, reclusi i primi per opera dei secondi finché la proporzione numerica e un minimo di organizzazione sociale lo consentivano; fra queste due grandi schiere, gli infettati e gli infettabili, si muoveva poi un terzo e assai più piccolo gruppo, quello degli immuni: resi invulnerabili dall'aver superato la malattia e sviluppato i necessari anticorpi, agivano ovunque senza sottostare a regole. Il morbo con cui dobbiamo fare i conti da un paio di mesi è in ciò totalmente diverso e diversi ne sono gli effetti sulla vita comune: si manifesta in corso di tempo (e dunque di spazio) molto più estesi; i suoi sintomi a volte non sono immediatamente riconoscibili; e, ciò che più conta, può essere asintomatico, per cui a trasmetterlo sono spesso persone del tutto inconsapevoli: il triste gioco delle parti che abbiamo visto in opera nelle pestilenze del passato qui non può esistere. E ancora: la storia ci ha mostrato più volte il caso di epidemie la cui origine veniva attribuita all'opera di avvelenatori, al soldo del nemico o mossi da pura malvagità: figure che oggi, per la tendenza a colpire in maniera estesa ed indiscriminata dai margini della società, verrebbe da assimilare a quella del terrorista. Questa nuova malattia però non c'è modo per metterla a carico di qualcun altro, un infiltrato, un mercenario, un traditore: gira fra noi col volto di chi ci è noto, di chi ci è caro, o col nostro stesso volto, e se proprio dovesse ricordarci qualcuno sarebbe non il terrorista ma il criminale multiforme, Diabolik o meglio Fantômas, pronto a svelare una faccia amorfa dietro la maschera di gomma con cui ha assunto le nostre stesse fattezze. È questa la particolare prova a cui il Covid-19 ci sta sottoponendo: mettendoci di fronte non a qualche nemico ma a noi stessi, ai nostri doveri fondamentali verso gli altri, a ciò che dagli altri fondamentalmente ci aspettiamo, portando i legami sociali al loro livello più spoglio ed essenziale, alla loro funzione minima e indispensabile, imponendocene ogni giorno la responsabilità del collaudo.

Virus in latino significa "veleno". È una parola strana: di genere neutro pur avendo una desinenza maschile non ha plurale e, al singolare, esiste solo in qualità di soggetto e complemento oggetto, senza cambiare desinenza. Una parola breve, invariabile e ambigua.

Dopo la bufera, viaggio nella sanità umbra (7) Umbria isolata. Sì, ma anche dal virus

Osvaldo Fressola

Sarà anche vero che - come ha scritto il 14 aprile scorso, sul Corrierino il prof. Roberto Segatori - "alla lunga, chi grida sempre e solo 'al lupo, al lupo' perde consenso" - riferendosi a quei rompiscatole dei sindacati e al loro timore di una troppo precoce riapertura delle fabbriche. Ma francamente, a noi colpisce di più la formidabile pressione che il mondo delle imprese e dei potentati economici sta sviluppando a difesa delle ragioni dell'economia e del profitto, sopra ogni altra cosa, salute e vita comprese. Pure in Umbria già prima di Pasqua erano circa 500 le aziende che avevano ripreso a lavorare in deroga, forti del "via libera" concesso alle Acciaierie di Terni. E poco vale che lo stesso Governo abbia cercato di 'frenare' ricordando che siamo ancora, in emergenza. Non abbiamo problemi a dichiararci in sintonia con queste preoccupazioni, convinti per prima cosa, che senza salute non c'è alcuna economia, o comunque per poche imprese, per quelle funebri sicuramente... Lo stesso Comitato scientifico istituito dalla Regione Umbria per contrastare la pandemia ha avvertito: "In Umbria c'è una evidente riduzione dei contagi, l'andamento è quello della discesa; ma gli stessi modelli di previsione ci dicono che se venissero meno tutte le misure in un giorno, i contagi potrebbero tornare drammaticamente a salire".

Umbria, Lombardia, Italia: qualche confronto
Al di là di tutto comunque, un fatto è certo: riguardo al Covid-19, i dati umbri, soprattutto quelli del 'Perugino', sono davvero "buoni". Le virgolette sono d'obbligo, dato che stiamo parlando di contagi e soprattutto di mortalità. Le cifre dicono infatti che, a due mesi dai primi casi certificati, l'Umbria registra una diminuzione netta dei contagiati, con la metà di essi guariti, mentre il tasso di mortalità (meno del 4%) è il più basso d'Italia. Più in dettaglio, se la Lombardia (che raccoglie il 60% dei morti per Covid-19) fa registrare 10 morti ogni 10mila abitanti, l'Umbria solo lo 0,5, pur essendo, insieme alla Valle d'Aosta, la regione più vecchia d'Italia. Mezza Italia si sta chiedendo perché. Crediamo che, come sempre, le ragioni siano più d'una. Per esempio, lo storico isolamento dell'Umbria: ferroviario, aereo e autostradale (lambita solo di striscio dal raccordo Perugia-Bettolle). A suffragare tale tesi ci sono gli studi di Giovanni Sebastiani, epidemiologo del Cnr, che dimostra come il maggior numero di 'positivi' si collochi, appunto, lungo le principali autostrade italiane. Insomma, l'isolamento e l'arretratezza infrastrutturale, uniti alla contrazione degli ultimi anni, negli scambi produttivi e commerciali, potrebbero avere aiutato, paradossalmente, l'Umbria al tempo di Coronavirus. "Non è, inoltre irrilevante al riguardo - riflette la responsabile di un centro di salute del Perugino - la minore densità abitativa dell'Umbria rispetto alle regioni italiane più industrializzate, ove insieme ad alti valori di inquinamento (altro elemento che concorre alla malattia) l'inurbamento altissimo favorisce il contagio". In effetti se guardiamo una carta geografica minimamente dettagliata, la Lombardia sembra in gran parte, una macchia nera, non c'è soluzione di continuità fra metropoli e comuni grandi e piccoli che si susseguono a cerchi concentrici uno dietro l'altro abbattendo i confini di altre province e di altri comuni: insomma una città-regione, una Los Angeles italiana... Oltre al fatto, enorme, che là l'industria, nella sua gran parte non si è mai fermata...

"Pensiamo invece - prosegue - alle case sparse dei nostri territori, e alle case 'patriarcali', ovvero quelle costruite, con i sacrifici di una vita, magari a tre piani, con al piano terra i "vecchi" e ai piani alti i figli con le loro famiglie, con lo sfogo dell'orto, ecc., ovvero famiglie che pur rimanendo vicine e aiutandosi quando occorre, non si mischiano, e ricorrono di meno a strutture per anziani, tipo Rsa... Può essere anche questo un pezzo della spiegazione". Insomma, in tale drammatica congiuntura la struttura sociale, per molti versi 'arretrata' dell'Umbria, fa da punto di forza. E ci pare intelligente allora, al fine di rafforzare tale contesto favorevole, la scelta di creare, in tutta la regione, 12 USCA, ovvero Unità territoriali dedicate alle visite domiciliari per i pazienti in isolamento, cui aggiungere - così come li sta cercando l'Unione dei Comuni del Trasimeno e non solo - appuntamenti appositi per i familiari delle persone positive o per gli stessi malati, nei casi in cui le abitazioni non risultino adeguate a garantire il distanziamento sociale.

I distretti, i medici di base, i Comuni

Volendo ancora continuare il confronto con la Lombardia, c'è un altro fattore, secondo noi importante e che attiene alle politiche sanitarie adottate in Umbria, con la vecchia Giunta che aveva ricominciato dal 2016, pur con molte incertezze e contraddizioni a spostare cospicue parti di spesa, dagli ospedali alla assistenza sanitaria territoriale (distretti, medici e infermieri di base). E nonostante la mancata approvazione da parte della nuova Giunta Tesei, del Piano sanitario, il sistema umbro si è rivelato ancora sufficientemente in piedi, nel filtrare i casi meno gravi da quelli che necessitavano invece di ricovero e terapia intensiva, evitando quindi l'ingolfamento degli ospedali. Da subito, infatti, almeno nel distretto del Perugino, coppie di infermieri si sono recati, anche di domenica, a casa di pazienti "sospetti" cui fare i tamponi, nonostante la scarsità di mascherine e dispositivi di protezione. "Un paio di volte ho anche pagato di tasca mia, l'acquisto di mascherine, per tranquillizzarli" - ci dice sorridendo un po' ironicamente la stessa responsabile di cui sopra". Ora si propone l'attivazione di un ambulatorio mobile, per effettuare tamponi e prelievi in modalità "Drive-in". Previa prenotazione telefonica, si effettua il tampone accedendo solo con l'automobile, canalizzate in tempi scadenziati e ad orari predefiniti su un'area appositamente attrezzata. Ciò velocizzerebbe, nella più totale sicurezza, il campionamento territoriale e la conoscenza del quadro epidemiologico, oltretutto risparmiando in soldi e materiali. Inespugnabilmente tali proposte, fatte proprie anche dall'Unione dei Comuni del Trasimeno, stanno incontrando però, resistenze da parte di dirigenti molto "alti", della Asl. Chissà se l'assessore Coletto - l'uomo venuto dal Nord - che, bontà sua, al suo arrivo aveva riconosciuto che la sanità umbra non era male, darà una mano. Interessante è anche quello che ci dice un medico di famiglia del Centro di salute di Madonna Alta (Perugia): "All'inizio ci siamo preoccupati prima di tutto di avvertire i pazienti a non venire in ambulatorio senza preavviso e di contattare invece telefonicamente il proprio medico ai primi sintomi di difficoltà respiratoria, cercando, al tempo stesso, di spegnerne la paura e il senso di abbandono che più d'uno manifestava. Abbiamo passato giornate intere solo al telefono - più o meno 100 chiamate al giorno!

- Insieme agli altri colleghi abbiamo raffinato le tecniche di colloquio con il duplice scopo di comprendere al meglio la situazione clinica, evitare ospedalizzazioni improprie e quindi il rischio di contagio, tenendoci continuamente informati sullo stato dell'epidemia e sulle decisioni delle autorità politiche e sanitarie che arrivavano a ritmo incalzante". Anche il rapporto con i medici specialisti è migliorato in termini di collaborazione, attraverso la consultazione, per via telematica, dei risultati di analisi di salute e prescrizioni. Una collaborazione - aggiunge ancora il medico - che non sarà mai male permanesse e si consolidasse anche durante la pandemia, se non altro perché una riduzione delle consultazioni specialistiche migliorerebbe l'efficienza di tutto il sistema. Ovviamente le visite domiciliari sono continuate, ma rimangono ai casi di reale necessità, proprio perché stati valorizzati i "triage" telefonici, con cui informato e rassicurato il malato. "Insomma - prosegue - abbiamo cercato di mantenere, a costo, la qualità relazionale della medicina di base", e aggiungendo puntigliosamente: "È il Dipartimento di prevenzione a governare l'emergenza, ma il medico di base ha avuto un ruolo centrale dato che erano loro ad individuare i casi sospetti e le necessità di isolamento domiciliare". Non sono, comunque, mancati disastri e disorganizzazione: "È successo più di una volta che gli infermieri siano andati a fare tamponi in una stessa famiglia, non una volta sola, tutti, ma andando una volta per uno, e un'altra volta per l'altro", torna a dire la responsabile del primo Centro di salute, con un tono di voce però comprensivo, interpretando un suo commento, abbastanza generalizzato, che il conto di come la pandemia abbia preso di mira tutti e trovato tutti spiazzati e poco organizzati.

E gli ospedali?

Se la medicina del territorio sostanzialmente "ha tenuto", come hanno risposto invece gli ospedali? La tragica esperienza della Lombardia ha indotto immediatamente ad una rimodulazione della rete ospedaliera regionale, ed a ridurre al massimo il numero degli ospedali deputati al trattamento della infezione, in quei potenziali luoghi di più facile contagio. In Umbria si è deciso di affiancare agli ospedali di Perugia e di Terni, rimasti forzatamente in funzione un ospedale Covid-19 (a Pantalla, capace a 50 posti-letto) e tre "non Covid" (Brescia, Spoleto ed Orvieto) ove dirottare i flussi di pazienti affetti da altre malattie (oncologia, cardiologia, ecc.). Successivamente tale approccio, probabilmente più sicuro, è stato abbandonato, e ad oggi abbiamo 6 o 7 ospedali dove anche lì la pandemia è comunque trattata, ovviamente dopo aver positivamente riconvertito alcuni reparti, ed creato "reparti grigi", dove cioè, sono stati trasferiti i pazienti sospetti, e inoltre riorganizzati i percorsi di accesso all'ospedale e la mobilità interna, in modo da evitare al massimo il contatto e il rischio contagio. Il fatto è che ciò si è verificato, non senza adeguatamente e/o comunque con ingiustificato ritardo, come per esempio all'ospedale della Misericordia di Perugia; tanto che le organizzazioni sindacali, a marzo, sono scese in campo, proprio perché venissero sospesi i veri programmi, le prestazioni ambulatoriali e diagnostico-strumentali differibili e le attività libero-professionale intramoenia, così com

rivendicare un Piano urgente per eseguire i tamponi, dando priorità a quei lavoratori a cui più difficile è mantenere il distanziamento con i pazienti. “A Città di Castello, si sono mossi in tal senso ben 15 giorni prima”, ci dice un tecnico di Radiologia, sebbene - aggiungiamo noi - ciò non ha impedito che anche lì si verificasse un inizio di contagio. Al 30 marzo sono stati 110 gli operatori sanitari scoperti ‘positivi’ in tutta la regione. Per molti, troppi giorni, infatti “l’Ospedale era un porto di mare: entrava e usciva chiunque”. Lo stesso percorso ‘dedicato’, ovvero separato, per il paziente Covid-19 per accedere in Ospedale, è stato elaborato empiricamente dagli operatori, con una sostanziale, e poco giustificabile, latitanza della direzione medica. “Ci siamo fatti un protocollo da soli, guardando in Internet, esperienze già adottate da altri...”, ci dice ancora il tecnico di radiologia. Caotica e confusa è stata, inoltre, la risposta organizzativa e informativa alla carenza (universale) di mascherine e dispositivi di protezione individuale (DPI), e al loro uso. “Con l’aggravante che purtroppo - dice un membro della Rsa aziendale, del sindacato CUB sanità- molti operatori sanitari ignorano le stesse norme di protezione e sicurezza previste dal Dlgs 81/08,”. “Va da se inoltre, - continua - che i carichi di lavoro, specie per gli operatori impegnati nel percorso di diagnosi e cura dei pazienti Covid-19 sono decisamente aumentati, così come le ore di straordinario. Del resto l’organico è da tempo sottodimensionato rispetto alle reali necessità, specie per il Pronto soccorso e il 118. Né sono mancati casi di stress e problemi psicologici in alcuni operatori, così come momenti di tensione con i livelli organizzativo-dirigenziali”. Poi scopriamo che lo sbandierato “intero piano dell’Ospedale dedicato a Covid-19” - così la stampa locale quasi unanimemente lo ha raccontato - consiste in realtà, in una sequela di spazi assi poco lineare, anzi di fatto sparpagliati fra loro. Ciò significa che il percorso con

cui un paziente Covid-19 arriva al reparto dovuto, intralcia gli altri percorsi ‘normali’ creando inefficienze e soprattutto riducendo la prevenzione del contatto e del contagio. “Ti faccio un esempio - dice una infermiera professionale - la Tac dedicata ai pazienti Covid-19 è ubicata in un posto diverso dal reparto, e invece contiguo a quelli ‘normali’, provocando quindi, al loro passaggio l’interruzione dell’attività normale a causa delle indispensabili disinfezzazioni”. È un fatto comunque che l’insieme del sistema ospedaliero non ha vissuto mai situazioni drammatiche tali da dover respingere pazienti. Intanto il Commissario straordinario Onnis, d’accordo con la presidente Tesei, per ripristinare il prima possibile le condizioni di normalità, ha avviato il rapporto con 4 case di cura private perugine, per avere a disposizione posti-letto per pazienti non contagiati. Ma «Attenzione - dice Onnis - questo non significa che si lascerà spazio al privato, è l’attività pubblica che viene esportata momentaneamente in quelle sedi». Non vogliamo pensare male ma ci sembra l’inveramento, magari in maniera soft, di quanto preconizzava Naomi Klein con la sua *Schok Economy*, ovvero avvalersi delle situazioni di emergenza per far passare provvedimenti che in condizioni normali non sarebbero possibili.

Un ospedale da campo?

Alla rimodulazione della rete ospedaliera, dovrebbe aggiungersi poi, un ospedale da campo, a questo punto non sappiamo quanto utile, che dovrebbe sorgere a Bastia, al costo di tre milioni di euro. Non siamo francamente in grado di valutare se, dopo che in due mesi si è meritoriamente passati dai 69 posti in terapia intensiva agli attuali 140, ci si debba attrezzare ulteriormente, decidendo di prepararsi al peggio. Forse sì, tenendo conto che si tratterebbe di un’opera utilizzabile anche per altre situazioni calamitose, come un terremoto - che da noi è di casa - e per cui l’aspetto della mobilità della struttura è

decisivo. Il problema semmai - secondo noi - è quello di poterlo far funzionare, per cui occorrono medici e infermieri adeguatamente preparati che oggi mancano. È il frutto di programmazioni (nazionali e locali) completamente sballate, calibrate soprattutto sul contenimento della spesa invece che sulle reali esigenze del sistema sanitario. Ci riferiamo alle politiche del numero chiuso e ai mancati finanziamenti delle specializzazioni, di fatto bloccate (quasi 10mila in tutta Italia), mentre intanto, moltissimi infermieri sono andati a rinforzare i sistemi sanitari di Francia, Regno unito e Germania. In ogni caso chiediamo solo una cosa: che al momento dell’eventuale inaugurazione, ci vengano almeno risparmiati fanfare e Bertolasi vari, così come abbiamo assistito, per l’ospedale “costruito in 10 giorni” alla Fiera di Milano, strombazzato come modello Wuhan da 600 posti-letto per la terapia intensiva, poi ridottasi sempre di più, fino ad accoglierne oggi, appena 12-24.

La Protezione Civile e il volontariato

“Sia chiaro - ci dice uno dei massimi responsabili regionali della Protezione Civile (ProCiv)- almeno nelle primissime settimane, l’emergenza è gravata in massima parte sulle nostre spalle”. Stiamo parlando di quella organizzazione che da ormai dieci anni, in Umbria, è il centro nevralgico del coordinamento e della gestione delle emergenze metereologiche, sismiche, sanitarie, ecc. Si tratta del Centro regionale della Protezione civile della Regione Umbria, dove, al proprio interno svolge un ruolo importantissimo il variegato mondo del volontariato (6.500 iscritti, di cui 1.200 realmente operativi). Grazie, infatti, alla sua ramificata presenza nel territorio, sono stati creati i Comitati operativi comunali (COC) attraverso cui i volontari hanno assicurato - in pratica da soli - e specie nei centri più piccoli, il reperimento e la distribuzione a domicilio di cibo, farmaci e mascherine, alle persone non in grado di muoversi, assicurando attraverso i pro-

pri psicologi, anche il supporto telefonico alle persone segnalate dai servizi sociali. Decisivi, inoltre, sono stati i volontari del versante sanitario che, insieme alla CRI, hanno assicurato tutta la logistica sanitaria: stoccaggio e trasporto di materiali sanitari (letti, respiratori, mascherine), allestimento e spostamento di tende o container per il triage e la prima diagnosi in ingresso, dei casi sospetti o positivi. I problemi più grossi hanno riguardato, e riguardano, come ormai è scontato, i finanziamenti, già pesantemente falcidiati dalla precedente giunta Marini, e che non riescono ad arrivare in maniera congrua neanche con quella attuale. C’è da dire, inoltre che finora l’attività di ProCiv è stata assorbita quasi completamente, sia in termini di attenzione che di risorse, a terremoti e inondazioni. “Coronavirus è stato quindi - continua il dirigente responsabile- un momento di riflessione importante e di riposizionamento della nostra attività, dal momento che, pur esistendo già da tempo, un piano regionale e uno nazionale per le Pandemie, noi non lo avevamo, finora preso mai in considerazione, ed anche la formazione dei volontari quindi, da oggi in avanti dovrà disporsi in tale direzione”.

Una non conclusione

Ciò che abbiamo cercato di raccontare non ha, ovviamente, pretesa di completezza né di verità scientifica, poiché frutto solo di interviste episodiche seppure mirate e del semplice monitoraggio della stampa quotidiana. Pur tuttavia ci sentiamo di ribadire, specie dopo la ‘prova del fuoco’ di Covid-19, che il sistema sanitario regionale, pur incrociato e ferito da anni di politiche nazionali e regionali, prone alle logiche di mercato e alle sirene delle privatizzazioni, sta ancora miracolosamente in piedi. Forse - azzardiamo - perché sopravvivono, grazie anche ai molti che vi lavorano, ancora gli echi lontani della grande riforma sanitaria del 1978, la ormai mitica e sgualcita Legge 833.

I numeri della pandemia

Fr. Ca.

In molte città italiane ed europee ancora brillavano le luci degli addobbi natalizi quando a Wuhan, ai più sconosciuta città della Cina centrale con 11 milioni di abitanti e capoluogo della provincia di Hubei (60 milioni di abitanti) si registrava la morte di un sessantunenne per Covid-19. Di lì a pochi giorni il virus influenzale si diffonde a velocità esponenziale. Con il verificarsi, tra fine febbraio ed i primi di marzo, di casi casi anche in Europa, in particolare in Italia settentrionale, l’idea di un virus di area facilmente gestibile e circoscrivibile tramonta rapidamente. Il 19 marzo l’Oms (Organizzazione mondiale della sanità) dichiara ufficialmente lo stato di pandemia, a quella data i casi nel mondo sono 244.988 ed i morti 10.030. A quella data i casi accertati in Italia sono 41.035 ed i decessi 4.032. È la quarta volta che il pianeta si trova in una situazione di conclamata pandemia. La prima volta fu nel 1918/1919 con la cosiddetta Spagnola, così chiamata perché a diffondere per primi la notizia furono i giornali spagnoli non soggetti a censura essendo la Spagna un paese non belligerante. Si calcola che i morti furono tra i 60 ed i 100 milioni, in Italia le stime danno tra i 365.000 ed i 650.000 decessi. Poi, siamo nell’inverno 1956/57 fu la volta dell’Asiatica (primi casi segnalati ad Hong Kong e nella Cina meridionale) che causò 26 milioni di morti nel mondo e 30.000 in Italia; da ultimo tra il 1968 ed il 1970/71 la cosiddetta Spaziale (a luglio del 1969 il primo uomo sulla luna) con circa 1 milione di decessi nel mondo e 20.000 morti in Italia su 10/13 milioni di contagiati. Alla data del 29 aprile il bilancio del Covid



19 in Italia è di 203.591 casi di positivi al virus, di questi 102.862 (50,5%) si trovano in condizioni lievi, 1.795 (0,9%) in situazione grave o critica, i guariti sono 71.252 (35,0%), mentre i decessi ammontano a 27.682 (13,6%).

L’andamento del contagio dai primi casi registrati attorno al 20 febbraio ha avuto un andamento crescente fino al 22 marzo (6.557 casi rilevati) per poi stabilizzarsi fino ai primi giorni di aprile e da lì iniziare una lenta

discesa fino ai 2.086 del 29 aprile. Stesso andamento presenta la curva dei decessi con un picco il 19 marzo (919 decessi) cui fa seguito, una lenta discesa.

In Umbria la pandemia si è diffusa in ritardo rispetto alle aree più critiche dell’Italia settentrionale. I primi casi di positività al virus si registrano attorno ai primi di marzo e per tutto un primo periodo aumentano di poche unità al giorno, per iniziare a crescere in maniera sostenuta da metà marzo (14 marzo 31 nuovi casi) per portarsi a fine mese tra il 19 ed il 29 marzo ad una media di 72 nuovi casi al giorno. Dal mese di aprile ad una lenta discesa che dal 18 al 29 aprile ha portato ad una media di 4,3 nuovi casi al giorno. Nel complesso alla data del 30 aprile i casi totali di positività al virus registrati in regione ammontano a 1.392, di questi 245 (17,7%) si trovano in condizioni lievi e 16 (1,1%) in situazione grave o critica, i guariti sono 1.064 (76,5%) mentre i decessi ammontano a 66 casi (4,7%). Le percentuali di guarigioni e decessi segnalano una situazione per l’Umbria decisamente migliore rispetto alla media nazionale. Se si guarda alla diffusione del virus per comuni, quelli che presentano un tasso di positività maggiore (positivi x 1.000 residenti) sono: Giove (25,83‰), Porano (15,42‰) e Castel Giorgio (9,98‰). Mentre nei comuni maggiori il dato non arriva al 2 per mille (Perugia 1,98‰, Terni 0,99‰, Foligno 0,70‰, Spoleto 0,71‰), con l’eccezione di Città di Castello (2,94‰) e Gubbio (2,35‰). Infine va segnalato che le due uniche zone rosse istituite hanno interessato l’intero centro abitato di Giove e la piccola frazione di Pozzo del comune di Gualdo Cattaneo.

Si parla molto in questi giorni a Gubbio di ecodistretto, dove la proposta dei cementieri di bruciare Combustibile Solido Secondario nei loro stabilimenti, ha aperto un ampio dibattito tra il Comitato NO CSS ed il Comune sulla necessità di governare le trasformazioni produttive del territorio.

La International Society of Doctors for Environment1 (ISDE) fa *advocacy* degli esposti, producendo ricerche e linee guida in materia di salute e ambiente non viziata da conflitti di interesse e basate sulle migliori evidenze scientifiche, offrendo consulenza a cittadini, comitati territoriali ed enti locali. Viste le numerose problematiche presenti in Umbria - industrie insalubri di Ia classe in contesti urbanizzati quali Terni (acciaieria), Gubbio (2 cementifici), Assisi (fonderia), Ponte Valleceppi (distilleria); ritardi e criticità nella gestione del ciclo dei rifiuti; ampio uso dei pesticidi (Alto Tevere), consumo di territorio, ecc... - il Coordinamento Umbria Rifiuti Zero, di cui ISDE fa parte, nel 2017 ha scelto di definire, sperimentare e implementare un modello di prevenzione primaria territoriale (MPPT) capace di dare una risposta avanzata a tali problemi.

Le inchieste condotte in molte vertenze ambientali hanno fatto emergere che sono proprio le produzioni che non separano ciclo tecnico e ciclo biologico - in quanto concepite linearmente - a rappresentare il bandolo della matassa poiché: a) producono rischi e danni per ambiente e salute - creando la non invidiabile condizione di "esposti involontari" in chi vive e lavora nell'areale di ricaduta delle emissioni prodotte - e definiscono "produttori di rischio" quanti/e svolgono attività produttive che non separano ciclo tecnico e ciclo biologico;

b) la produzione di rischio è a sua volta associata ad uno spossessamento, dato che *commons* come aria, acqua e suolo vengono sottratti all'uso comune, espropriati e contaminati, come se fossero "res nullius". Lo spossessamento connesso con le produzioni di rischio riguarda anche: il valore dei beni di chi vive nell'areale di ricaduta, in quanto case, terreni, perdono importanti frazioni di valore, creando gerarchie differenziali nei diritti proprietari, dato che queste proprietà

L'Ecodistretto, un modello di prevenzione primaria territoriale

Carlo Romagnoli*

non godono delle stesse tutele rispetto a quelle di chi non vive in tali aree; gli effetti di misure parziali di prevenzione (vietare coltivazione di orti e allevamento di animali da cortile, ecc...), che consistono in ulteriori misure di spossessamento degli esposti;

c) produzione del rischio e spossessamento danno luogo inoltre a numerose esternalità negative che vanno tenute presenti quando si valutano costi e benefici: le sofferenze inflitte agli esposti per il fatto di vivere in un ambiente a rischio; i conseguenti danni alla salute; il degrado del territorio che viene a perdere le sue caratteristiche paesaggistiche, storico culturali e la qualità ambientale che rende gradevole il risiedere; l'impatto negativo su altre attività produttive (turismo, agricoltura, edilizia, ecc); la riduzione della biodiversità, un aspetto troppo spesso negletto; gli enormi costi che insorgono quando si vogliono bonificare le matrici inquinate.

È sui tre pilastri dell'approccio sistemico nella lettura della realtà, dell'economia circolare nelle attività produttive e di una governamentalità territoriale appropriata per gestire i *commons* che si basa la proposta di attivazione di un MPPT, l'ecodistretto, articolata in quattro fasi:

a) presa in carico da parte della collettività delle matrici aria, acqua e suolo come *commons*;

b) adeguata rappresentazione della qualità complessiva delle matrici (caratterizzazione), come base per stimare il rischio comportato dagli inquinanti presenti per salute e ambiente e per individuare le attività che la alterano (fattori di pressione);

c) riprogettazione dei fattori di pressione fino a separare ciclo tecnico e ciclo biologico, utilizzando i finanziamenti disponibili a livello europeo e nazionale;

d) svolgimento di cicli di audit in cui la collet-

tività acquisisce consapevolezza sui limiti potenzialità delle matrici del proprio territorio sul loro stato di integrità/contaminazione l'adeguamento ai principi dell'economia circolare di ciascun fattore di pressione.

In questa chiave *commons* e gestione comune assumono più valenze: descrittiva, perché tificano modelli di governo che altrimenti verrebbero esaminati; espressiva perché guaggio dei beni comuni è un modo gr: quale le persone possono rivendicare un loro personale con un insieme di risorse, non una solidarietà sociale gli uni con gli altri costitutiva perché, fornendoci un nuovo guaggio, ci aiutano a costituire nuovi livelli gestione comune.

L'ecodistretto muove i suoi primi passi: l'audit, incontro pubblico che vede i principali attori citati svolgere nuovi ruoli:

- gli esposti hanno un ruolo centrale nella definizione delle priorità e nella valutazione impatti prodotti dalla gestione comune;

- i produttori di rischio sono chiamati a prendere credibili, realistici ed efficaci programmi reingegnerizzazione dei cicli produttivi per parare ciclo tecnico e ciclo biologico;

- l'Ente locale svolge il ruolo di: custode commons aria, acqua e suolo, garante loro manutenzione e trasmissione alle generazioni future nelle migliori condizioni, facilitatore della loro gestione comune

Un territorio che si doti di un MPPT l'ecodistretto diventa un territorio innovativo anche sul terreno economico in quanto a e governa a fini sociali nuove produzioni sostenibili il che pone anche fine alla ricerca di soluzioni tampone consistenti nel allontanamento da un contesto specifico di produzione di rischio trasferendola ad un contesto senza che siano avvenuti miglioramenti sostanziali nel ciclo produttivo. Queste trasformazioni, che possono contare su consistenti finanziamenti a livello europeo e nazionale, vestono sia la qualità della vita, sia la cura sia il senso che vivere e lavorare in quel territorio assume.

*presidente ISDE Umbria

Fig. 1 Fasi centrali dell'Ecodistretto

1) Assumere territorio e matrici ambientali come commons / beni comuni

2) Caratterizzare lo stato delle matrici ambientali e individuare i fattori di pressione

3) Trasformare i fattori di pressione in economia circolare

2) Audit su limiti e potenzialità delle matrici ambientali negli ecodistretti

L'Opera al nero

Girolamo Ferrante

Il Dissidio è tornato a Orvieto. E la notizia non è di poco conto perché il Dissidio, in questa città "alta e strana" (così Fazio degli Uberti nel "Dittamondo"), è l'emblema della rovina, della sciagura, della perdizione eterna. E non è un caso che la terzina dantesca del VI canto del Purgatorio "Vieni a veder Montecchi e Cappelletti, / Monaldi e Filippeschi, uom senza cura, color già tristi, e questi con sospetti" sia stata impressa in una solenne lapide posta alla base della Torre del Moro, in prossimità di piazza del Popolo, ad ammonimento perenne di facinorosi e insorgenti.

Nondimeno, pare che il Dissidio abbia, in questa occasione, trovato il modo di manifestarsi all'interno di importanti e gloriose istituzioni cittadine. Precisamente nelle antiche stanze dell'Opera del Duomo, nome della fabbrica medievale a cui si deve la realizzazione della cattedrale di Santa Maria della Stella. Nel bel mezzo della riunione di insediamento del nuovo consiglio dell'Opera, il potere spirituale - tramite i due rappresentanti nominati dal vescovo - ha un sussulto e si rifiuta di concedere il proprio assenso alla conferma dell'ex prefetto di Terni Gianfelice Bellesini a Presidente.

Era il 29 agosto e la notizia passa in sordina. È importante sapere che la natura giuridica dell'Opera del Duomo, in quanto "fabbrica", è specialissima. Nate allo scopo di costruire e amministrare edifici di culto, le fabbricerie, nel corso dei secoli, hanno acquisito un patrimonio

non solo ecclesiastico (esito di donazioni, lasciti, offerte) che ne ha trasformato la natura. Questa pluralità di beni e di funzioni ha determinato, una compresenza di laici e religiosi in seno agli organi amministrativi. Con il D.P.R. 13 febbraio 1987, n. 33, si è provveduto a sistematizzare all'interno di una cornice normativa apparentemente stabile la complessa vicenda storica di queste istituzioni (in Italia ne restano operanti 25) stabilendo che dei sette componenti del consiglio delle fabbricerie, in carica per un triennio, due siano nominati dal vescovo diocesano e cinque dal Ministro dell'interno sentito il vescovo.

Il problema nasce dall'espressione "sentito il vescovo". E il Dissidio ha trovato ospitalità nell'alone di incertezza semantica del verbo "sentire". Per i neoguelfi, il "sentire" attesterebbe un primato egemonico, una sorta di potere di veto. Per i post-ghibellini, si tratterebbe di un atto certamente obbligatorio ma non vincolante. Sul tema del "sentire" giuridicamente inteso si sono esercitati raffinate menti edotte in diritto canonico e dottrine ecclesiastiche e anche il TAR della Toscana, con un pronunciamento del giugno 2017. Il punto dirimente è che le nomine del Ministro Lamorgese hanno coinciso con la fase di passaggio tra il vecchio (Tuzia) e il nuovo vescovo (Sigismondi) e si sostiene, da parte neoguelfa, che non fossero pienamente conformi ai desiderata dei presuli passati e presenti. Così al Presidente Bellesini, ritenuto col-

pevole di aver disatteso le indicazioni dei Vescovi, sono venuti a mancare i voti dei consiglieri di parte religiosa. Si scopre, ad esempio, che i membri del consiglio, oltre che di "specchiata moralità, di ottima condotta" e "professanti la religione cattolica" debbono risiedere nel comune di Orvieto o nei comuni del circondario. Ma due componenti laici del consiglio eletto ad agosto non possono esibire tale requisito; quindi si dimettono. Pur paventando ritorsioni procedurali - in passato tale obbligo non era stato affatto rispettato e quindi ci si appellerebbe ad una consuetudine mai sanzionata - l'esito della vicenda è abbastanza prevedibile: al Presidente sarà suggerito di rimettere il mandato nelle mani del Ministro e tutto tornerà alla casella di partenza.

Poiché i membri sono, da statuto, tutti "professanti la religione cattolica", non dovrebbero sussistere ragioni di scontro ideologico. Così come non sembra la contesa riguardare la conquista della gestione di un ipotetico "tesoretto" (l'Opera gestisce un bilancio che quota 1.586.200 € a pareggio tra entrate ed uscite). Eppure la tensione tra neoguelfi e ghibellini occulti si avverte. Noi propendiamo per una spiegazione sistemica, ossia concepita in base agli effetti di tensione innescati dalla posizione dei ruoli occupati in un sistema che non riesce più a mettere in equilibrio le proprie componenti. Sono in archivio i tempi di Stefano Cimicchi, il quale, procedendo in maniera inversa alla

dottrina di Guglielmo di Occam, multipli gli "entia" riuscendo, in tal modo, a placare mosie e ambizioni, tenendo insieme un sistema in funzione di uno schema politico e progettuale (sia pure criticabile e costoso). Celebre l'accordo con il vescovo Decio Lucio Grandoni, che pacifiche e produttive le relazioni ordinarie straordinarie fra altare e trono cittadino. Con diversi "entia" orvietani, quando non chiusi per debiti - vedi Associazione "Tema" nata per gestire il Teatro Mancinelli -, orbitano all'riva. E se la Chiesa entra, in maniera anche pochino scomposta, nelle dispute come un qualunque istituto secolare, allora il mondo è vero fuori squadra. Inutile invocare la poltrona il trono è vuoto. La Sindaca Tardani è politicamente e culturalmente assente. A sua padiscolpa, il silenzio di una città sostanzialmente soddisfatta di quel "benessere inerziale" (Censis nel 2009) che ha contrassegnato il tennio di inizio millennio.

Prevale la prudenza, l'eccesso di moderazione il timore delle opinioni eccentriche senza ciò determini le condizioni per una minima tesa tra le molte "autosufficienze". E poiché appare ancora una figura autorevole e carismatica capace di mettere nuovamente assieme diverse "autosufficienze", la società orvietana continuerà a restare liquida. Ma questa minaccia liquida alla Bauman per intenderci lunga, rischia di trasformarsi nello stagno re Travicello...

A bassa intensità

Oswaldo Fressoia

Anche in Umbria l'altalena dei numeri continua. Anzi i contagi hanno ricominciato, in maniera ondulatoria, a salire. Il Coronavirus è tutt'altro che vinto. Circola. In Umbria siamo a circa 150 casi alla settimana e non è escluso che in autunno si torni ai numeri di marzo-aprile scorso, e - chissà? - addirittura di più. Torneremo allora alla tragedia di marzo-aprile e agli ospedali intasati? Da quanto ne capiamo noi, quasi sicuramente No. "Chi cerca trova", ci conforta in Tv il professor Galli da Milano, ovvero: se si fanno più tamponi e test sierologici, e si dà la "caccia" agli asintomatici, è ovvio che i numeri crescono. Ma si tratta - ci sembra di capire - frutto soprattutto della emersione di un'alta quota di portatori asintomatici o lievi, molti dei quali giovani adulti, che prima non emergevano. Ovviamente ciò non significa la fandonia del virus che si è indebolito. Lo dimostra questa tendenza alla risalita dei contagi, frutto anche dell'allentamento delle misure preventive e di quel "liberi tutti" estivo che stoltamente e irresponsabilmente è stato veicolato dalla destra e dall'industria del divertimento. La verità invece, è che, a differenza della prima tragica fase, quando il virus arrivò a sorpresa, spiazzando tutti e abbattendosi con tutta la sua forza epidemica soprattutto nelle aree meno attrezzate a contrastarlo (Lombardia in primis), oggi disponiamo - dove più, dove meno - di una sorveglianza epidemiologica e di una capacità di tracciamento dei contagi capaci di fare da barriera al bisogno di ospedale e terapia intensiva. Insomma, oggi si è più in grado di identificare i focolai e di spegnerli, perché si è riusciti, dopo molti morti, sofferenze e contraddizioni, a spostare la battaglia dagli ospedali al territorio.

Sarà allora lì che occorrerà fare il massimo sforzo e spostare la maggior parte delle risorse (strutture territoriali e personale adeguati) per disporre di vere e proprie sentinelle di guardia al virus. La drammatica lezione della pandemia ci conferma il ruolo decisivo di un forte Servizio sanitario pubblico e universale che invece, in questi ultimi venti anni, è stato lentamente ma costantemente de-finanziato e ridimensionato (e ri-centralizzato nell'ospedale). Ci conferma anche che per superare le forti disuguaglianze territoriali e tra la popolazione, priorità assoluta va data al potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, avendo ben presente che la sua risorsa principale, il personale, è stato uno dei principali fattori del ri-dimensionamento. Ci conferma infine, che il modello che separa sanità e sociale, fondato prevalentemente sul "ricovero", o in ospedale o in altre strutture residenziali come le Rsa, ha dimostrato tutti i suoi limiti. Sarebbe allora, imperdonabile fare errori e/o sprecare le risorse provenienti dal Recovery Fund. Lì davvero, il Governo si gioca la sua credibilità e il suo futuro; altro che Referendum o elezioni regionali! Occorrono progetti rigorosi e vincolati perché quote importanti di tali risorse vadano assolutamente impiegate per il rilancio del nostro welfare sociosanitario, dato che i fondi europei destinati esplicitamente alla sanità - quelli del Meccanismo Europeo di Stabilità (MES), e che sarebbero immediatamente disponibili - restano assurdamente bloccati a causa di una diatriba politica miseramente strumentale fra le stesse forze di governo. In tale quadro che succede in Umbria? Come si sta attrezzando la sanità regionale per ricevere la sua quota di risorse finanziarie e ri-organiz-

zarsi? Sarà l'occasione per rilanciare, magari aggiornandolo, un modello che seppure anch'esso taglieggiato negli anni, ha sostanzialmente retto anche al Covid-19, a detta dello stesso assessore venuto dal nord? O che altro invece, bolle in pentola? La Giunta Tesei, affievolitasi l'emergenza, e ridefiniti gli assetti ai vertici regionali



e delle Asl territoriali, sta cercando di mettere mano ai problemi strutturali e di organico, e di ristabilire l'ordinarietà nelle attività extra-Covid, sospese durante i 4 mesi di *lockdown* che hanno fatto crescere a dismisura, le liste di attesa. A questo obiettivo si oppone la cronica carenza di personale, resa ancora più acuta dai pensionamenti (quota 100 si fa sentire!) non coperti da nuove assunzioni: nelle due aziende ospedaliere, in molti reparti e cliniche, il personale si è più che dimezzato. Non è un caso che, per esempio, quelle prestazioni "delocalizzate" in periodo *lockdown*, dall'Ospedale Silvestrini di Perugia in 4 cliniche private cittadine, non siano ancora rientrate (e chissà se e quando torneranno) proprio a causa anche di questa oggettiva riduzione di personale. E non è un caso che ciò si sposti agevolmente con quella politica, a piccoli passi, che va verso una progressiva dismissione del servizio pubblico e a vantaggio di una strisciante privatizzazione.

Cresce quindi, lo sconcerto e lo smarrimento fra gli operatori in prima linea, che si riflette anche sui malati che con crescente frequenza cercano soluzioni alternative ricorrendo a strutture private o andando in ospedali fuori Regione. Ciò inoltre, insieme alla netta diminuzione delle prestazioni per i pazienti che vengono da fuori, sta sbilanciando in negativo i conti sanitari regionali. Emerge quindi la necessità in tutti gli ospedali della regione, di redistribuire e, dove necessario, implementare le risorse disponibili. Esempio emblematico è quello delle chirurgie, una decina circa in tutta l'Umbria, che però operano in maniera disorganica con il risultato che dove c'è personale talora mancano le sale operatorie e dove ci sono queste non vi è personale. A complicare la situazione sta anche una crescente incomunicabilità fra Usl territoriali e aziende ospedaliere che tendono di nuovo, a muoversi ognuna per conto proprio invece che come entità organiche dentro un sistema integrato. La sensazione insomma, è che la nuova Giunta (ma è ormai quasi un anno che è in sella) stia cercando, con

evidente affanno, di tornare alla "normalità", muovendosi però, tra necessità oggettive di razionalizzazione e tagli più o meno giustificabili, talvolta effettuati anche di soppiatto. Gli esempi non mancano: la tentata soppressione del Registro tumori - strumento imprescindibile per ogni seria programmazione - fermo da novem-

bre, senza più finanziamenti e con l'equipe di ricercatori e medici specializzandi mandata a casa, è solo l'ultimo caso. Oppure la decisione di allargare a tutti i laboratori diagnostici privati la possibilità di effettuare tamponi orofaringei per la diagnostica Covid, allargando i criteri di accreditamento e, alimentando un mercato del tampone fomentato dalla preoccupazione dei cittadini per la ripresa dei contagi. In proposito, proprio in questi giorni sono sotto verifica i 4 centri finora autorizzati, dopo il caso dei falsi positivi per i giocatori e i dipendenti del Perugia Calcio (dei 30 intercettati solo due sono stati confermati dalla Usl) verificatosi appunto, in uno dei 4 laboratori privati.

Parallelamente, strutture e servizi sociosanitari, specie nelle zone più depresse e scarsamente popolate, vedono ridotta l'attività e i turni, quando non vengono addirittura chiusi, come il punto di guardia medica di Scheggia-Pascelupo. È di pochi giorni fa inoltre, l'annunciata serrata notturna del primo soccorso e della radiologia a Città della Pieve; così come continua ad essere rimandata la ripresa di molte attività ambulatoriali e specialistiche all'ospedale di Branca, che costringe i cittadini, specie anziani a rinunciare alle visite mediche o a rivolgersi al privato. Dentro tale quadro, non aiuta il municipalismo che non di rado, si affaccia in alcuni sindaci e amministratori locali (purtroppo di ogni schieramento) quando si atteggiavano a difensori (inde)fessi delle proprie comunità, opponendosi a prescindere, a qualsiasi razionalizzazione se ciò comporti una qualche riduzione o spostamento altrove di reparti, anche se per una migliore distribuzione territoriale. Tanto per fare un esempio, all'ospedale di Pantalla, il ridimensionamento di alcune chirurgie - che già prima di essere ospedale Covid operavano assai di rado e per casi non particolarmente gravi - non sarebbe la morte di nessuno, tenuto conto che con la superstrada sono ben raggiungibili altri punti chirurgici, ove si opera di più e quindi c'è più esperienza alle spalle e quindi più sicurezza. Ma poi chi li sente i sindaci di

Todi e di Marsciano? Così come a Narni ed Amelia continuano mugugni e recriminazioni sull'eventuale nuovo ospedale che comunque - l'abbiamo già scritto - sarebbe folle farne un doppiopio di quello di Terni.

E per continuare, la stessa spesa sociosanitaria, soprattutto quella per l'assistenza ai disabili, garantita dai fondi del Piano regionale integrato per la non autosufficienza (Prina), fra l'altro non ancora deliberati dalla Regione, è stata ridotta, così che per coprire le reali necessità assistenziali - dicono le opposizioni (PD e M5S) - mancherebbero 650mila euro che si tradurrebbero in tagli lineari delle prestazioni. Si potrebbe continuare ancora... ma la pagina a disposizione sta finendo. Ciò che manca realmente, ci pare invece, è una programmazione regionale, ospedaliera e sociosanitaria, chiara e coerente con una visione prospettica lunga che, soprattutto dopo Covid-19, operi una valutazione spietata dei criteri di progettazione dell'organizzazione sanitaria, finora calibrate per gestire soprattutto le malattie cronico-degenerative, quando invece siamo di fronte ai nuovi scenari epidemici e pandemici. Esempio: in Umbria i pneumologi -fondamentali per contrastare Covid-19 - sono solo una ventina, manca la scuola, l'insegnamento e una seria programmazione al riguardo; a livello nazionale vi è stato un aumento delle borse di studio passate da 122 a 350 posti, ma di questi

nuovi medici nessuno arriverà in Umbria. Insomma non riusciamo ancora a capire se questa giunta e il suo braccio armato Coletto, intendano assumere questi nuovi scenari epidemiologici per rilanciare quel modello, di cui ci sarà più bisogno di prima, centrato sul distretto e sul medico di base, con servizi, domiciliari e territoriali, diffusi, nel territorio, o se invece si continuerà a procedere, con cautela e senza scossoni sia chiaro, privilegiando soprattutto investimenti per l'ospedale e lo sviluppo del settore privato. Un sistema che alla lunga, fra l'altro, costerebbe di più e garantirebbe meno efficacia, specie per le fasce di popolazione più fragili e più bisognose di cura (anziani e non autosufficienti, quelli con malattie croniche, con problemi di salute mentale, di dipendenze, detenuti, migranti, ecc.), nonché di curarsi e di essere assistiti nel territorio ove essi vivono. "A pensare male" ... diceva quello... Ma qualcosa ci dice che si stia andando, purtroppo, proprio in questa seconda direzione. A parte gli esempi appena fatti, non possiamo dimenticare le parole di Giancarlo Giorgetti (una delle persone più influenti e avvedute della Lega) che, da sottosegretario del Governo giallo-verde, pochi mesi prima che esso cadesse, affermò al meeting di Comunione e Liberazione di Rimini, con sprezzante sicumera: "È vero mancheranno 45 mila medici di base nei prossimi 5 anni, ma chi va più dal medico di base ormai?" Basterebbe solo questo per capire la natura e il tenore delle politiche contro cui abbiamo e avremo a che fare, almeno qui in Umbria, ma che -sia chiaro- hanno trovato terreno fertile anche nelle scelte delle passate amministrazioni di centrosinistra. Che aspetta allora, il popolo, disperso e depresso della sanità pubblica e della promozione della salute, a ritrovare la forza e la voglia di tornare in campo? E se esistesse, non una sinistra, ma uno straccio di sinistra, invece di sussultare epiletticamente solo alla vigilia di qualsiasi scadenza elettorale, la prima cosa che dovrebbe fare è almeno di immaginare di rintracciare quel popolo.