

# L'edilizia sanitaria va oltre le risorse

Covid-19 evidenzia che serve un cambio di rotta nella concezione degli spazi sanitari

L'epidemia da coronavirus obbliga a ripensare il futuro della sanità pubblica partendo da oggi. Riflettere sugli spazi della cura non può prescindere dalla situazione emergenziale che stiamo vivendo: il presente ci forza a un reset globale. Domani, finita l'emergenza, quali saranno i rapporti con le regioni? Chi dovrà decidere per la salute degli italiani: più stato o più regioni? E ancora si dovranno ricercare nuovi modelli di programmazione, ma anche aprire spazi di riflessione su ciò che vogliamo che sia da ora in poi il Servizio sanitario nazionale (Ssn) alla luce delle lacune e delle falle del sistema. Non basta e non ha forse neanche più senso compiacersi dicendo che il nostro è il migliore sistema sanitario del mondo: tutto ciò che potevamo dire "appropriato" per la sanità, che ci sembrava buono e giusto fino a due mesi fa, appare d'improvviso vecchio, anzi spesso obsoleto.

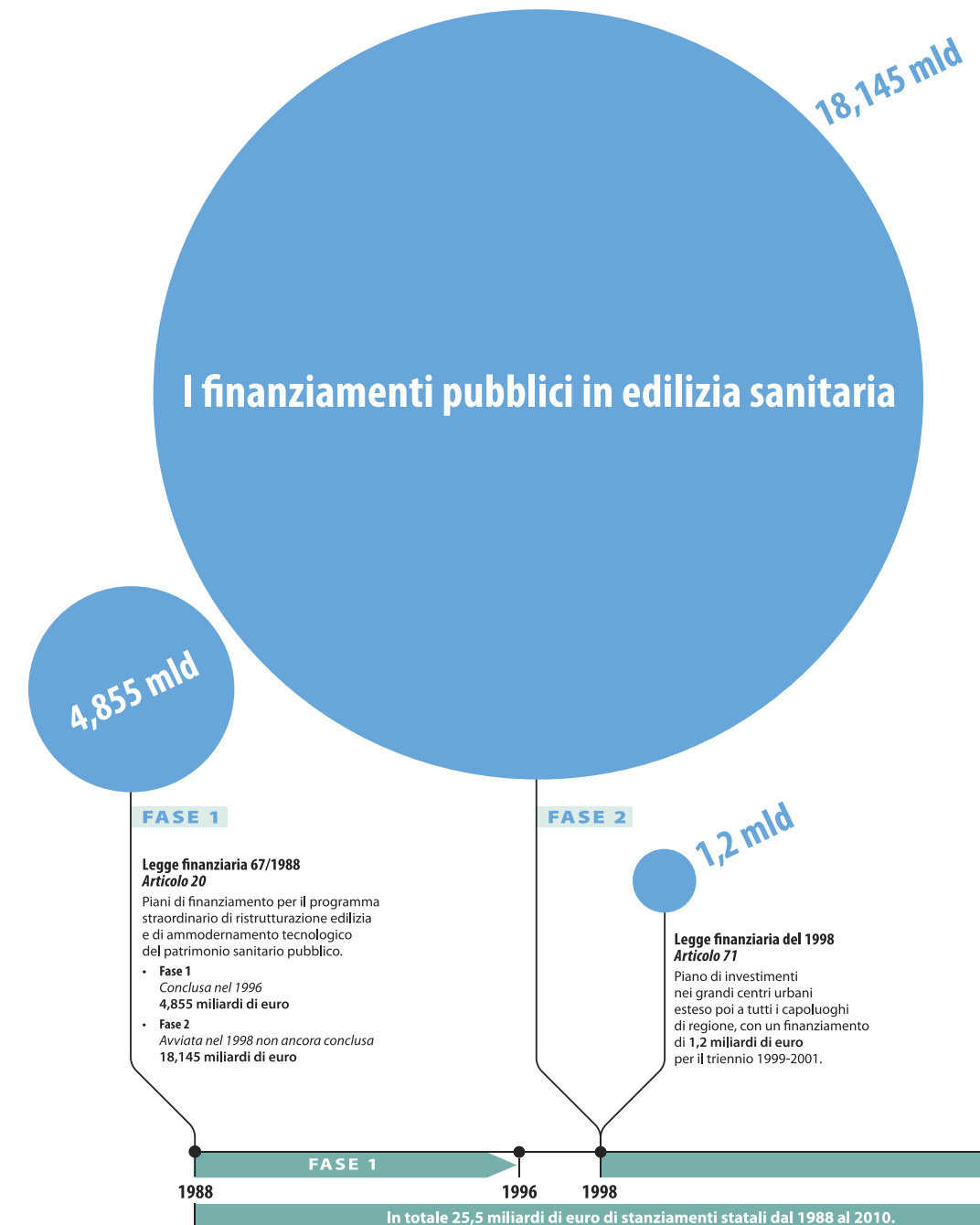
E così anche l'edilizia sanitaria, la concezione dello spazio della cura, diventa d'un colpo qualcosa che va oltre le risorse, i riparti, i progetti che pure bisogna continuare a portare avanti.

In queste settimane, l'emergenza nelle strutture sanitarie del paese evidenzia l'esigenza di una concezione innovativa degli spazi sanitari. L'ospedale e i presidi territoriali dovranno finalmente rispondere a logiche di maggiore flessibilità e integrazione. I reparti andranno ripensati, almeno in parte, in forma modulare con posti letto riconvertibili alle esigenze del momento. Un ospedale non più totem inviolabile, ma organismo vivente come già sta avvenendo, gioco forza, nelle aree più attaccate dal contagio virale in queste settimane. In pochi giorni i reparti sono stati svuotati dei pazienti "normali", trasferiti al sicuro, e riempiti dai malati Covid-19.

In poche ore è cambiato lo scenario che conosceamo, frutto di riforme, tagli, intenti di programmazione. Ospedali nati e ripensati con gli adeguamenti organizzativi di questi ultimi anni si sono trovati a cambiare pelle, a far fronte a un'emergenza e a farlo "a mani nude". Con il personale costretto a improvvisarsi truppa di trincea, pronta a strisciare nel fango per guadagnare un metro e rispondere all'attacco di un nemico sconosciuto e inaspettato.

## Cos'è successo

Si sono liquefatte le solide certezze del sistema "azienda sanitaria", disegnato sull'equilibrio dei conti, tarato sui posti letto, con rior-



## L'appropriatezza è qualcosa su cui ragionare in termini nuovi.

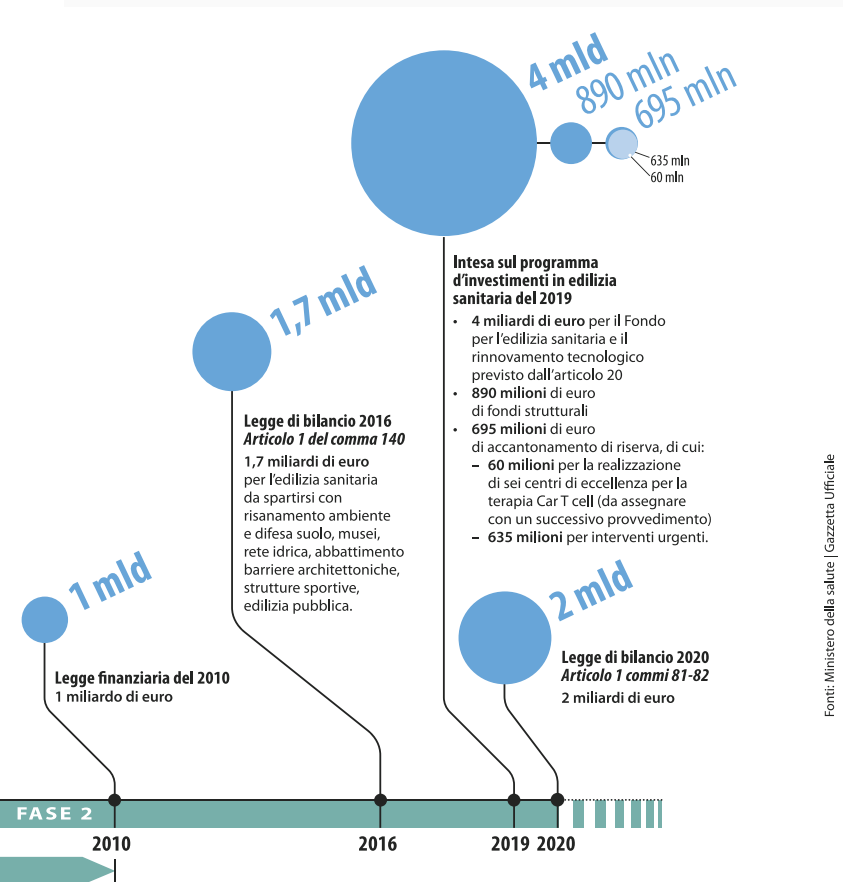
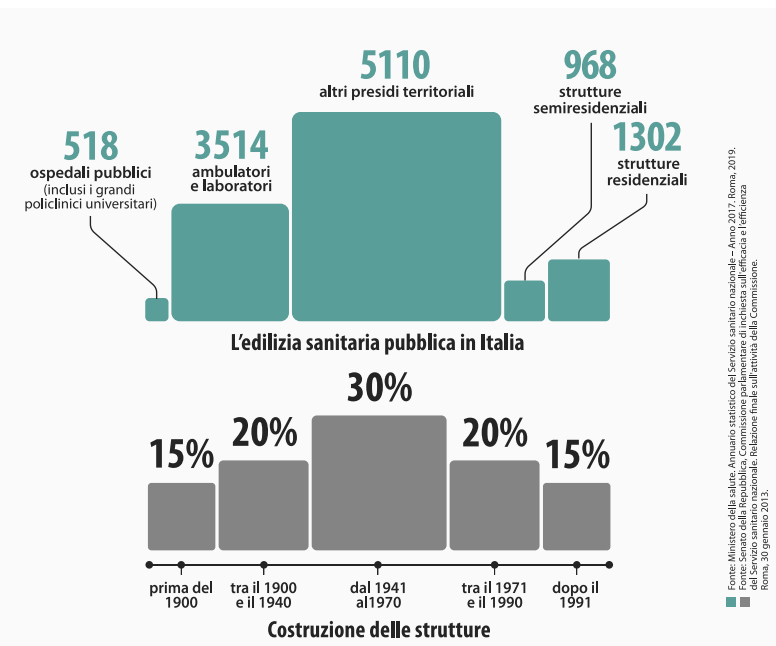
ganizzazioni che hanno puntato più alla tenuta dei bilanci economici che a quelli di salute. Azioni dettate dalle contingenze, obbligate da una spesa sempre meno sostenibile, ma che oggi appaiono monche.

Si è sbriciolata la filosofia che sta dietro al Dm 70 del 2015, provvedimento "nato vecchio", come lo hanno bollato fin dall'inizio molti esperti del settore e mai attuato completamente, rendendo palese che d'ora in poi un altro mondo sanitario non solo è possibile, ma anzi è doveroso.

Il Dm 70 è stato il più recente tentativo di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale con l'individuazione di criteri omogenei in tutto il territorio, ma quei criteri si sono

dimostrati inadatti alla luce di quanto sta avvenendo con la pandemia. Il regolamento applicava il parametro posti letto per abitanti previsto dalla spending review del governo Monti con una riduzione di tremila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione.

Non si può ora ripercorrere la complessità delle politiche sanitarie degli ultimi vent'anni, a partire dalla riforma dalle unità sanitarie locali alle aziende sanitarie locali, con lo stravolgimento del Titolo V, degli accreditamenti, degli standard ospedalieri, né della complessa architettura frutto di confronto continuo tra regioni e stato centrale e dunque prendiamo



solo la punta dell'iceberg rappresentata dai criteri del Dm 70.

Davanti alla tragedia della Lombardia, il rigorismo del decreto appare un cascame ideologico. La logica della competizione di questi anni tra i nosocomi in guerra per difendere i posti letto e le funzioni, l'un contro l'altro armati, divenuta d'un tratto qualcosa di insopportabile.

Il coronavirus lascerà il segno non solo sulla nostra pelle, felici, si spera, di averla scampata, ma anche sul modello di cura che il paese deve ripensare. Affinché mai più avvenga ciò che sta avvenendo sul fronte caldo del nord. Ci vorrebbe un think-tank nuovo con le migliori professionalità, gli amministratori, le

parti sociali a varare una riforma complessiva che guardi veramente al futuro e all'efficienza di sistema, puntando finalmente al territorio, con modalità inedite in grado di riportare la sanità al centro della politica e non stampella o peggio bancomat da saccheggiare. È necessario ripensare la programmazione sanitaria.

Lo sguardo arcigno sulle politiche sanitarie di politici con le mani di forbici non è più sostenibile.

Il numero dei posti letto, come il numero di ospedali, è crollato negli ultimi decenni. Nel 1998 erano circa 311mila, nel 2007 erano calati di quasi 90mila unità, arrivando a circa 225mila e nel 2017, ultimo dato disponibile, erano circa 191mila.

In rapporto al numero di abitanti, siamo cioè passati da 5,8 posti letto ogni mille abitanti del 1998, a 4,3 nel 2007 e a 3,6 nel 2017.

Le linee guida sono in parte tracciate nel nuovo Patto per la salute tra governo e regioni, varato a dicembre. In quel documento ci sono molti spunti, costati lunghi mesi di trattativa e il confronto con due governi, e tra le misure c'è anche la velocizzazione dell'iter di ammissione a finanziamento al fondo da 32 miliardi per l'edilizia sanitaria. Con la precisazione di una regia del Ministero della salute che effettuerà una ricognizione straordinaria dello stato di attuazione degli interventi approvati. Ma soprattutto, ed è qui che interviene il nostro ragionamento, il Patto per la salute prevede la possibilità di valutare, in relazione a particolari esigenze straordinarie o alla situazione di emergenza il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria.

**Come ripartire**

Forse servirà una sorta di Patto-bis per ridisegnare le urgenze più urgenti. Ripartire significa anche ripensare il rapporto con la tecnologia, con l'innovazione proprio sulla base di quanto sta avvenendo con l'emergenza coronavirus, dove è emersa l'esigenza forte di attrezzature per le terapie intensive e subintensive nei reparti di rianimazione.

Torniamo dunque al nostro ospedale totem, facendo riferimento alle tipologie di posti letto che sono in linea con gli accreditamenti regionali. Esiste un forte discrimine tra la dotazione del posto letto ordinario e la dotazione del posto letto di terapia intensiva o di subintensiva. Forse accanto alla dotazione standard di reparti e posti letto andrà pensata un'area flessibile. Come spiega il presidente dell'Associazione italiana ingegneri clinici che raccoglie oltre duemila ingegneri clinici, Lorenzo Leogrande, "l'esperienza che stiamo affrontando, e in parte subendo, ci sta insegnando che può essere necessario dover convertire all'area intensiva, dall'oggi al domani, un gran numero di posti letto fino a ieri destinati ai ricoveri ordinari. Oggi l'approvvigionamento tecnologico è diventato 'il' problema numero uno perché il mercato è stato letteralmente saccheggiato e dunque non ci sono le disponibilità e tutto è legato alla capacità produttiva delle aziende, che ormai dichiarano tempistiche lunghe per le nostre esigenze. Nelle emergenze che abbiamo conosciuto in passato, la difficoltà di tipo tecnologico era il problema minore, ma oggi siamo in una lotta all'acquisto su base mondiale, e tutto cambia". Oltre alle attrezzature, per riconvertire un reparto, c'è da mettere in conto tutta la parte impiantistica. Non potranno essere convertiti tutti i posti letto, non è sostenibile, ma già oggi sta avvenendo con grande difficoltà nelle aree rosse.

Molti ospedali del nord e centro Italia stanno dedicando interi reparti ai pazienti Covid-19, solo una parte dei quali è in condizioni gravi e necessita di essere intubato, mentre la maggioranza richiede un'assistenza ordinaria da reparto infettivo. L'emergenza ha fatto esplodere la richiesta di posti letto in terapia intensiva e subintensiva, triplicando o quadruplicando le necessità. Ma domani le emergenze possono essere di altro tipo e allora un ospedale con reparti modulari potrebbe essere una risposta percorribile.

"Bisogna trovare il mix corretto tra posti letto di terapia intensiva, quelli che giocano 'da titolari' nella routine ospedaliera e un certo numero che un domani in situazioni emergenziali possono essere facilmente riconvertibili. Serve ovviamente un riassetto tecnologico e impiantistico e per questo nella sanità che verrà si dovrà dare uno spazio maggiore alle professionalità tecniche che sono quelle che possono gestire questo cambiamento", spiega Leogrande.

Le terapie intensive dal punto di vista impiantistico e meccanico, e questo vale anche per il ricircolo dell'aria, hanno caratteristiche precise, in particolare per i pazienti infettivi. "Anche le terapie intensive devono essere correttamente pensate affinché agendo sulla parte impiantistica, sui filtri, su tutto ciò che completa e correda l'impianto possa commutare la modalità di funzionamento. Così si può ottimizzare il microclima all'interno dell'ambiente dove ci sono questi pazienti, con maggiore sicurezza per gli operatori sanitari".

Per Leogrande: "Alla luce di questa emergenza, i nostri convincimenti vanno rivisti a partire dalla logica di razionalizzazione anche da un punto di vista delle risorse umane ed economiche rispetto alla gestione. L'accorpamento delle aziende sanitarie locali ha fatto perdere professionalità importanti, a discapito dell'efficienza delle strutture". Come a dire che se c'è un problema a bordo di una nave, i tecnici devono essere a bordo per poterla riparare. Gli spazi per la cura sono un'avanguardia su cui ci dovremo misurare al di là dei tecnicismi originati dal programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsto dall'articolo 20, della legge 67/1988, che è sempre stato la stella polare per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico.

**Lucilla Vazza**