

Sanità, da dove ricominciare dopo il Covid

Inevitabile dopo la bufera pandemica causata dal Covid-19 ripensare e ottimizzare la sanità lombarda. Ecco le direttrici su cui sarà opportuno muoversi

Il 2021 sarà un anno di ridefinizione dell'organizzazione sanitaria in Lombardia e sicuramente da qualche parte è opportuno, oltre che giusto, partire. In questo scenario [la legge 23/2015 di Regione Lombardia](#) è sicuramente una buona base di partenza.

Convengo che è stata in buona parte disattesa, sia nei contenuti che soprattutto negli obiettivi che si era data. Tutte le riforme hanno due genitori: il primo è quanto sta scritto nel testo, mentre il secondo sono le persone che sono chiamate ad applicarlo. Ritengo quindi utile ripartire inserendo nell'analisi anche cosa ha e cosa non ha funzionato in questi anni, anche per non correre il rischio di buttare alle ortiche quello che di buono è stato comunque fatto.

Su questo punto, avendo vissuto questa esperienza "dal basso", ci sono diversi aspetti che se debitamente analizzati possono fornire spunti sulla direzione da seguire. Ne cito alcuni a titolo di esempio: l'impreparazione degli ospedali diventati Asst ad occuparsi di territorio, la necessità di strutture intermedie tra il medico di famiglia e l'ospedale o il ruolo degli enti locali tutto da costruire. Ma andiamo con ordine.

Vedo che viene ripresa in diverse proposte la reintroduzione dei distretti come possibile soluzione organizzativa del territorio. Forse è da considerare come il concetto stesso di "distretto" sia ancorato ad un retaggio del passato (ma funzionavano proprio bene?), ed avere lo sguardo rivolto all'indietro quando si vuole progettare qualcosa di nuovo non è mai una buona scelta.

Abbiamo bisogno di uno strumento in grado di far dialogare chi è più vicino ai bisogni di salute del territorio e sul territorio: i medici di famiglia come riferimento di fiducia per il paziente, lo specialista come riferimento per la patologia e il Comune come riferimento per l'aspetto "sociale". Tre attori portatori di diverse sfaccettature del bisogno di salute e anche capaci di elaborare, se lavorano in sinergia, le relative risposte. Riuscire a far dialogare

questi soggetti, individuando chi sappia definire in maniera coinvolgente gli obiettivi e fare programmazione e, non ultimo, identificare un luogo fisico e visibile dove queste sinergie diventano realtà. Questo è in sintesi il vero obiettivo e la risposta che possiamo dare per potenziare l'offerta di salute sul territorio. Li chiamiamo PreSST o Casa delle Comunità o Casa della Salute o altro: forse questo è l'ultimo dei problemi. L'importante è dare una risposta di prossimità e vicinanza ai bisogni dei pazienti, uscendo da quella cultura troppo "ospedalocentrica" che abbiamo tutti convenuto debba essere rivista. L'integrazione sanitaria con il sociale, l'utilizzo della tecnologia, le soluzioni tecniche verranno poi di conseguenza.

Nella pandemia Covid il sistema ospedaliero ha retto anche perché, per definizione, è un sistema "organizzato" con regole e procedure definite. La "Caporetto" del territorio è avvenuta, tra le altre cose, anche perché non c'è stata alcuna struttura in grado di dare organizzazione al territorio. L'esperienza che abbiamo vissuto come Cooperativa di servizio dei Mmg (nata per la presa in carico, ma poi con la necessità di allargare i propri orizzonti) è un tentativo di dare una forma organizzativa alla medicina generale, e, dove ha funzionato, gli effetti positivi si sono visti e hanno dato i loro benefici. Inoltre la presenza di un "elemento organizzato" può diventare un facile riferimento con cui dialogare per gli altri attori del sistema (ospedale, enti locali eccetera).

Come accennato prima, la competenza territoriale che si è voluta mettere a capo delle Asst (e che giustificano la "t" finale) sono state probabilmente un elemento confondente della legge 23. Basti pensare alla pandemia Covid, dove l'ospedale ha, comprensibilmente e forse anche giustamente, abbandonato la presenza sul territorio per arroccarsi all'interno dell'ospedale stesso, spesso drenando le risorse, specialmente quelle umane, che stavano sul territorio.

Il medico di famiglia può essere un K player della sanità territoriale solo se saprà rivisitare il suo ruolo. Non più solista nel rapporto con il paziente, ma vero e proprio manager della sua salute con tutto quello che questo comporta. Arricchire il rapporto di fiducia medico-paziente (elemento caratterizzante la medicina di famiglia) di una serie di elementi nuovi, non ultimo quello di fare rete con tutti gli altri attori che girano attorno al suo

paziente. Spesso il dibattito su questo tema si è incanalato sulla convenienza o meno di un rapporto di dipendenza del medico con il Ssn o regionale. Temo che questo non sia il vero problema (e nemmeno la soluzione).

Bisogna ripensare invece a come “supportare al meglio” il lavoro del medico di famiglia all’interno di un sistema organizzato e innovativo. Questo oltre alla necessità di rivedere l’iter formativo dei medici di medicina generale, richiede un’iniezione di competenze e capacità da ricercare anche al di fuori della medicina generale. Come in un ospedale il direttore generale non è il primario più bravo perché le competenze richieste sono diverse, così deve avvenire anche sul territorio. Per questo l’idea dei micro-team, ovvero della ulteriore parcellizzazione del lavoro del Mmg, ha in effetti poco senso.

C’è bisogno di formazione anche dal punto di vista tecnologico e informatico (la telemedicina è ormai una realtà da gestire). Questo ruolo può essere svolto da strutture di servizi (società, cooperative, associazioni eccetera) che è bene che siano il più vicino possibile ai medici (meglio se costituite da loro stessi), ma che siano riconosciute (e controllate) dalla Regione. Questo è un capitolo ancora da approfondire con i diretti interessati, ma sarà cruciale per la tenuta di una sanità territoriale.

Prima occorre disegnare il modello e i suoi snodi e poi, sulla base di questo, ricercare e inserire le figure professionali più adatte al raggiungimento degli obiettivi del modello stesso. Bisognerebbe evitare quelle fughe in avanti dettate spesso da motivi non legati all’efficienza del sistema. Non sono di aiuto, anzi sono un elemento confondente. Un classico esempio è l’introduzione sbandierata dell’infermiere di comunità. Una risorsa preziosa, se però inserita in un quadro organico con obiettivi e sinergie ben definiti. Cosa che tuttora appare essere lontana da quello che si sta tentando di fare.

Gli aspetti sono tanti e le declinazioni diverse, ma è importante che il dibattito possa essere il più ampio possibile, in modo che la parte politica, che è poi quella che sarà chiamata a prendere le decisioni finali, possa avere non solo le opinioni accademiche ma anche quelle sperimentate sul campo. Un aspetto che spesso, purtroppo, viene tenuto in poca considerazione.

17.12.2020

[Marco Magri](#)

<https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2020/12/17/sanita-sa-dove-ricominciare-dopo-il-covid/2105756/>