

Sviluppo della medicina territoriale, un'occasione mancata

“Avevamo previsto un elenco di patologie trattabili sul territorio dagli Ospedali di Comunità o dalle Case della Salute - commenta a M.D. Giancarlo Aulizio, Mmg e Responsabile Ospedali di Comunità e Case della Salute Simet (Sindacato Italiano Medici del Territorio). Sono già dieci anni che si annuncia la fine della cultura ospedalocentrica: ad oggi non è stato fatto abbastanza”

Francesco Gombia

Dai dati relativi alle Schede di Dimissioni Ospedaliere 2015 si palesa che per alcune patologie la diminuzione dell'ospedalizzazione è stata costante e pressoché omogenea in tutte le Regioni, mentre per altre negli ultimi dieci anni si sono avuti picchi e discese che non denotano un'organizzazione omogenea sul territorio, in grado di affrontare compiutamente la deospedalizzazione.

“Il ministero della Salute afferma che valori più bassi in termini di ricoveri, significano migliore efficienza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso - dichiara **Giancarlo Aulizio**, Mmg e Responsabile Ospedali di Comunità e Case della Salute Simet - Sindacato Italiano Medici del Territorio - sia come efficacia dei servizi territoriali, sia come ridotta inappropriata del ricorso all'ospedalizzazione. Prima di tutto bisognerebbe intendersi una volta per tutte sul concetto di inappropriata e la linea ministeriale è ormai evidente: è inappropriato tutto ciò che è costoso”. Prendiamo ad esempio il tagli dei posti letto, un provvedimento che ricade diretta-

mente sugli ospedali, ma che getta un'ombra sulle possibilità assistenziali del territorio e della Medicina Generale: “Il taglio di decine di migliaia di posti letto negli ultimi quindici anni, per di più in una delle nazioni riconosciuta come tra le più longeve, non sta né in cielo né in terra: noi Mmg registriamo tutti i giorni una deospedalizzazione frettolosa crescente”.

Le decisioni legate ai tagli di posti letto sono politiche e derivano da un'impostazione legata a doppio filo con il mantenimento di determinati privilegi. E Aulizio, sulla questione non è affatto reticente: “Chiediamoci il perché. Se si sceglie di bloccare il turnover dei medici e degli infermieri (ricordiamo che ogni 4 medici in pensione solo 1 può essere sostituito) il risultato non può che essere quello di una mancanza di personale che, di conseguenza, si traduce in posti letto tagliati”.

► Un problema culturale

“Ci si vanta nel dire che meno si sta in ospedale - sottolinea Aulizio - meglio è. Non è sempre co-

sì. Pensiamo ad esempio a quanti pazienti vengono dimessi prima del completamento del percorso di cure: la convalescenza non dovrebbe essere un periodo di ulteriori cure, invece è così, e spesso avviene su un territorio sprovvisto di strumenti e strutture adeguate ai bisogni dei cittadini”.

La nota amara nelle parole di Aulizio si avverte quando il pensiero viaggia inesorabilmente indietro di dieci anni, quando nei documenti allegati al piano sanitario 2006-2008 “avevamo previsto un elenco di patologie trattabili sul territorio dagli Ospedali di Comunità o le Case della Salute: sono già dieci anni che si annuncia la fine della cultura ospedalocentrica: ad oggi non è stato fatto abbastanza”.

Per Aulizio il territorio nella realtà ha subito il trasferimento di modelli operativi appartenenti al mondo ospedaliero, inglobandone sul territorio anche il personale. “Una realtà - spiega - che alcune Regioni hanno millantato come investimenti sul territorio. Ma non è affatto così, al massimo, abbiamo assistito ad una trasmis-

sione sul territorio di personale, modalità organizzative e operative di secondo livello".

Sono passati 20 anni e il paradosso è che, ancora oggi, gli Ospedali di Comunità continuano a rappresentare una speranza. Una speranza destinata a restare tale, risucchiata dalle sabbie mobili della palude burocratica che caratterizza sempre più il nostro Ssn. Una palude che ha fatto sprofondare ai margini la Medicina Generale, che ha perso identità e ruolo, così da poter essere propedeutica a un sistema sanitario in veloce declino e povero di reali innovazioni.

Al riguardo Aulizio rammenta: "Gli OdC verso la metà degli anni '90 rappresentavano un sogno: équipe territoriali e associazionismo dal basso come fonti di cambiamento per un sistema che, soprattutto in alcune Regioni, viaggiava verso innovazione e sostenibilità. Oggi lo scenario è diverso e proprio quelle Regioni che hanno fatto da traino tra sprechi, corruzione e mancanza di risorse, sono oramai da tempo ferme al palo".

► La contrapposizione tra Mmg e infermieri

Sugli Ospedali di Comunità infatti continua a regnare la confusione. La nuova polemica vede protagonisti i Mmg e gli infermieri. Al centro del dibattito, la decisione del Governo e delle Regioni di ripensare gli standard ospedalieri e nel farlo di specificare che gli OdC sono *'a gestione infermieristica'*. "Parlare di ospedali e strutture gestite dagli infermieri è un falso ideologico oltre che un modo di esprimersi ambiguo - so-

stiene Aulizio - sappiamo tutti che la presenza h24 degli infermieri è strategica e che la responsabilità sanitaria sarà sempre in carico al medico, non si capisce quindi cosa significhi questa 'gestione' da parte del personale infermieristico".

Ma Aulizio è convinto che in quella dicitura si nasconda ben altro: "Nel regolamento sugli OdC c'è un retro-pensiero che è quello di marginalizzare i medici pur facendo mantenere loro la piena responsabilità della struttura. Si sa, gli infermieri costano meno".

La discussione in atto e la contrapposizione tra medico-infermiere rappresenta quindi un falso problema e devia dalle reali criticità che hanno messo in crisi il nostro Ssn e il cui perno fa leva su tre elementi: modello aziendale della sanità, marginalizzazione del Mmg e scarsa (o nulla) innovazione.

► Il nostro Ssn come il Titanic

Insomma quello dello sviluppo territoriale delle cure primarie e intermedie è un cambiamento mancato che vede protagonista suo malgrado il medico di famiglia, mai diventato quel "regista del territorio" promesso in molti documenti ufficiali. "Sono state molte le operazioni mal calibrate dai governi che si sono succeduti negli anni, su tutte la mancata programmazione del ricambio generazionale, ma anche i tagli ricevuti anno dopo anno proprio da quelle strutture che avrebbero potuto, e dovuto, garantire un minor ricorso agli ospedali: tagli la maggior parte delle volte arrivati ex lege, altre da sottili mo-

dalità di pressione indiretta, infine il "riciclo" dei medici ospedalieri sul territorio e, dal punto di vista del lavoro quotidiano, i software utilizzati dai colleghi spesso sono una estensione sul territorio di quelli utilizzati in ospedale".

Un territorio quindi in perenne sofferenza: "Il mio territorio è emblematico - conclude Aulizio. Quando un paziente viene dimesso a Faenza trova un Ospedale di Comunità pronto ad accoglierlo con una decina di medici specialisti, il suo medico di famiglia, infermieri e un'assistenza h24; ma basta spostarsi di pochi chilometri e siamo a Brisighella, una realtà lontana anni luce da quella di Faenza. Occorre ricordare che la legge finanziaria del 1992 (25 anni fa!) imponeva la chiusura o la riconversione dei presidi ospedalieri sotto i 120 posti letto: cosa è stato fatto in quei territori dove sono state chiuse le strutture? Proprio queste disomogeneità territoriali, non solo Nord - Sud, come spesso si legge ma anche a pochi chilometri di distanza, mostrano una carenza ministeriale, nazionale, con la quale è arrivato il momento di fare i conti".

"La verità - conclude Aulizio - è che il nostro servizio sanitario è come il Titanic: in coperta si balla mentre la stiva imbarca acqua. E andiamo verso la tragedia".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giancarlo Aulizio