

Il territorio abbandonato: politiche regionali, cure primarie e Covid-19

Un articolo corale, firmato da un gruppo di medici di medicina generale della Lombardia, che invita alla riflessione e al dibattito su di un'emergenza che ha trovato tutti impreparati. Lo choc della pandemia può essere l'occasione per ricostruire la comunità di pratica dei medici del territorio e per un cambiamento organizzativo dal basso, che faccia leva sulle potenziali risorse delle cure primarie

I primi a proporre il tema del "territorio abbandonato" sono stati colleghi di Codogno, che si sono trovati per 2 settimane soli nel pieno della tempesta virale, pagandone il prezzo in termini di vite perdute. È seguito il documento dei Presidenti provinciali degli Ordini dei Medici, quello dell'Ordine bresciano e quello degli ex direttori dei dipartimenti di Prevenzione, tutti concordi circa "il mancato governo del territorio", opinione condivisa da altri osservatori, che hanno sottolineato il *deficit* di coordinamento della rete territoriale. Passata la fase più acuta dell'emergenza è tempo della riflessione e del dibattito, evitando di scadere nella polemica contingente per un'emergenza che ha trovato tutti impreparati.

► Le scelte regionali

Nel quadro generale spicca però la specificità del caso Lombardia dove l'epidemia ha raggiunto i più elevati livelli di intensità e mortalità. La politica sanitaria lombarda degli ultimi 20 anni a differenza di altre Regioni, anche governate dalla stessa maggioranza politica come il Veneto, ha aderito alle teorie del quasi mercato sanitario, imperniata su alcuni principi cardine: concorrenza tra enti accreditati regolata dalla Regione, separazione tra erogatori ed Agenzie di Tutela della Salute (Ats) acquirente e controllore, *empowerment* e libera scelta del cittadi-

no, pagamento a prestazione, parità tra pubblico-privato ed incentivazione della competizione tra erogatori per acquisire "fette di mercato".

Se con i Drg ospedalieri il quasi mercato ha dimostrato di migliorare l'efficienza del sistema, pur con rischi distorsivi per comportamenti opportunistici dal lato dell'offerta, non si può dire la stessa cosa sul versante delle cure primarie. Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio mettendo in antagonismo cure primarie ed ospedaliere per la presa in carico della cronicità, ha mostrato i limiti del quasi mercato e di una gestione nosocomio-centrica del Ssr; infatti la proposta di spostare i cronici dal territorio all'ospedale è stata riusata dai diretti interessati, dai medici ospedalieri e dalle stesse strutture accreditate private, che hanno snobbato la riforma. La "filosofia" del quasi mercato ha ispirato le *policies* regionali, come dimostrano alcune scelte sintomatiche del disinteresse per le cure primarie:

- la scarsa attenzione per le forme organizzative ed associative previste dalla legge Balduzzi, specie le Aft;
- l'abbandono del territorio con la chiusura dei presidi distrettuali periferici e incertezza nell'attribuzione dei compiti tra Ats e Asst (Aziende Socio Sanitarie Territoriali);
- la mancata dematerializzazione

delle prescrizioni, rinviata per anni rispetto alle altre Regioni, ed attuata solo dopo l'ordinanza della Protezione Civile per evitare l'affollamento delle sale d'attesa;

- l'esclusione del Medico di Medicina Generale (Mmg) dalla delibera regionale sulle cure palliative;
- la delega alle Asst, estranee alle logiche dal territorio, del coordinamento delle cure primarie e la proposta del *Clinical manager* alternativo al Mmg nella presa in carico dei cronici;
- investimenti tardivi e insufficienti nei Presidi Socio Sanitari Territoriali (Presst), mentre da anni in altre Regioni si sono diffuse Case della Salute e strutture analoghe.

► Cosa si poteva fare

La vicenda delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) previste dalla legge Balduzzi e inattuata è emblematica: secondo la riforma del 2012 le Aft dovevano promuovere e rafforzare la coesione della comunità di pratica dei professionisti del territorio, in quanto forma organizzativa per condividere "in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi". Le Aft infatti prevedevano l'integrazione funzionale tra Mmg e Mca (Medicina della Continuità assistenziale) della stessa zona, al

fine di migliorare l'efficienza dei servizi, favorire conoscenza reciproca, coordinamento delle iniziative, continuità assistenziale, valutazione della qualità, Formazione sul Campo ecc... Proprio le Aft potevano diventare il braccio organizzativo dell'intervento emergenziale sul territorio, nella pandemia da Covid-19, coinvolgendo i professionisti del territorio per l'assistenza domiciliare ai pazienti Covid con le dovute misure di prevenzione del contagio. Invece Mmg e Mca hanno affrontato il virus isolatamente, senza un valido coordinamento, chiare direttive, adeguate protezioni e sostanzialmente a mani nude, pagando un prezzo altissimo in termini di vite umane. Una radicata rete di Aft avrebbe potuto mobilitarsi in tempi rapidi per rispondere all'emergenza Covid-19, con modalità organizzative più pronte e appropriate rispetto alle tardive Usca.

► L'analisi delle politiche regionali

L'epidemia di Covid-19, al di là della drammatica sproporzione tra un picco di domanda su tutti i fronti e le oggettive difficoltà per farvi fronte, ha fatto venire al pettine i nodi problematici delle *polices* regionali sbilanciate sull'ospedale e carenti sul territorio; i colleghi di Codogno hanno vissuto per primi la situazione di abbandono delle cure primarie lasciate a se stesse in quanto:

- si è cercato di spostare la cronicità dalle cure primarie agli ospedali, quando da almeno 20 anni la tendenza è quella di trasformarli in strutture ad alta tecnologia per gestire le situazioni acute;
- gli ex presidi distrettuali sono diventati meri punti burocratici ed amministrativi senza funzioni di coordinamento del *network* sociosanitario;
- non si è investito nell'innovazione tecnologica e nella semplificazione delle procedure, già in atto da anni in

altre regioni, che avrebbe consentito di spostare risorse sulla gestione della cronicità;

- si è puntato sul principio della libera scelta del "cliente" e sulla concorrenza al ribasso tra medici, usa e getta, se non accondiscendenti alle richieste dei "clienti", più che sulla cooperazione professionale;
- si è creduto di poter governare la rete territoriale con lo strumento della domanda-offerta e con la competizione tra "erogatori", senza governance del *network* territoriale;
- di conseguenza le Ats sono state relegate al ruolo di mero controllore burocratico-finanziario delle prestazioni, in ossequio ai dogmi del *New Public Management*.

► Gli effetti pratici

Così un sistema già di per sé sovraccaricato e costretto a mobilitare tutte le risorse disponibili per mantenere l'equilibrio nella *routine* quotidiana ha dovuto far fronte con grandi difficoltà ad una sfida emergenziale, con il rischio di scompensarsi per l'impossibilità di mobilitare ulteriori risorse al fine di ristabilire il compenso perturbato.

I Mmg sono rimasti soli perché tra loro e l'ospedale è mancata una struttura intermedia di collegamento per coordinare e gestire l'emergenza sul territorio; una buona organizzazione a rete dovrebbe supportare i servizi in difficoltà per favorire l'adattamento alle situazioni emergenziali. Oltre alla carenza di strutture fisiche per l'integrazione territoriale è mancata un'efficace *governance* per la separazione

funzionale tra Ats, a cui è demandata la gestione amministrativa della MG, e Asst, praticamente assenti sul territorio. Nella riforma del 2015 era prevista la creazione dei Presidi Socio Sanitari Territoriali, cioè l'equivalente delle Case della Salute, ma anche questi sono rimasti sulla carta, tranne casi sporadici. Il coordinamento tra Aft, Usca e Presst avrebbe potuto fronteggiare con maggiore efficacia la pandemia, venendo in aiuto alle strutture ospedaliere, ed anche gestire in modo appropriato la fase 2.

Questa drammatica esperienza ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie regionali rivolte al territorio, superando il concetto di quasi mercato a partire dalla Presa in Carico della Cronicità, ormai di fatto inattuabile. L'ipotesi di affidare la gestione della sanità alla concorrenza a somma zero tra erogatori in competizione, a scapito della cooperazione, ha mostrato i suoi limiti e di riflesso ha rafforzato la necessità di tornare ad un'articolazione distrettuale che supporti la continuità dell'assistenza e l'integrazione per fronteggiare le situazioni emergenziali, al pari della cronicità. La gestione delle cure primarie non richiede competizione tra comparti del Ssn, ma coordinamento tra i diversi livelli sistemici ed attori professionali. Lo *choc* della pandemia può essere l'occasione per ricostruire la comunità di pratica dei medici del territorio e per un cambiamento organizzativo dal basso, che faccia leva sulle potenziali risorse delle cure primarie.

I Medici di Medicina Generale che hanno firmato l'articolo

- | | | |
|--|--|---|
| • Paola Astori, <i>Ats Brescia</i> | • Bianca Fossati, <i>Ats Brianza</i> | • Anna Pascarella, <i>Ats Brescia</i> |
| • Marialuisa Badessi, <i>Ats Brescia</i> | • Adriana Loglio, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Brescia</i> | • Giovanni Piazza, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Brescia</i> |
| • Giuseppe Belleri, <i>Mmg, Ats Brescia</i> | • Andrea Mangiagalli <i>Ats Milano</i> | • Mara Rozzi, <i>Ats Brescia</i> |
| • Germano Bettoncelli, <i>Ats di Brescia</i> | • G. Franco Michelini, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats di Brescia</i> | • Francesca Samoni, <i>Ats Milano</i> |
| • Luigi Bonvini, <i>Mmg, Ats Brescia</i> | • Giovanna Minissale, <i>Ats Brescia</i> | • Flavio Sinchetto, <i>Ats Milano</i> |
| • Marina Bosio, <i>Mmg, Ats Brianza</i> | • Simonetta Pagliani, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Milano</i> | • G. Paolo Smilovich, <i>Ats Brescia</i> |
| • Annamaria Bottanelli, <i>Ats Brescia</i> | • Ruggero Pansera, <i>Ats Brescia</i> | • Mauro Somaschi, <i>Ats Brianza</i> |
| • Roberto Cocconcelli, <i>Ats Brescia</i> | | • Caterina Taglietti, <i>Ats Brescia</i> |
| • Barbara Filisetti, <i>Ats Brescia</i> | | • Luca M. Vezzoni, <i>Ats Milano</i> |