

VERSO UNA MEDICINA DI COMUNITÀ **La lezione di Covid-19 e le strategie per valorizzare il territorio**

*Confronto con **Fulvio Lonati**, presidente di APRIRE, intervistato da **Ottavio Di Stefano**, presidente dell'Ordine dei Medici, e **Gianpaolo Balestrieri**, direttore responsabile di Brescia Medica.*

I giorni più bui dell'emergenza Covid-19 hanno aperto una riflessione sull'importanza dei servizi territoriali. In Lombardia sono emerse le carenze sul fronte della prevenzione e le difficoltà incontrate dalle cure primarie, che la pandemia ha sorpreso senza adeguati strumenti di risposta. Ma anche la consapevolezza che dal territorio è necessario ripartire, per assicurare efficaci politiche di salute pubblica in una prospettiva di lungo periodo.

Brescia Medica ha interpellato sul tema Fulvio Lonati, alla luce della sua lunga esperienza nell'ambito delle cure primarie e della medicina territoriale.

Lonati è presidente e animatore dell'Associazione APRIRE - Assistenza PRIMaria In REte - Salute a Km 0, realtà no profit di promozione sociale attiva dal 2015, che coordina le attività di APRIREnetwork, rete di persone che partecipano alla "costruzione collaborativa" e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi per valorizzare l'assistenza primaria.

«In questa fase dell'epidemia il network di APRIRE è stato molto attivo, guardando con attenzione agli interventi sulle RSA e alla fragilità del sistema residenziale, e aprendo spazi di condivisione di esperienze e criticità», spiega il direttore di Brescia Medica, Gianpaolo Balestrieri.

Alle spalle Lonati ha un lungo percorso lavorativo all'interno di Asl Brescia (ora Ats), dove è stato direttore, fino alla pensione, del Dipartimento di Cure Primarie. «Da questa posizione ha dato un impulso rilevante alla costituzione di un modello bresciano di Governo clinico delle malattie croniche – prosegue Balestrieri – attraverso l'utilizzo di banche dati, per realizzare una continuità assistenziale tra ospedale e territorio e contribuire alla costruzione dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)». Oggi consulente a titolo gratuito di Ats Brescia, Lonati partecipa alla Cabina di regia attivata presso Ats per la gestione della pandemia Covid-19 e fortemente voluta dall'Ordine dei Medici.

Di Stefano: «Nella Cabina di regia abbiamo condiviso lo spirito dell'andare avanti», nonostante le difficoltà del momento. Qual è stata la tua esperienza di questo periodo, cosa ti resta e qual è la cosa che ti ha colpito di più?»

Lonati: «L'elemento dominante è una profonda amarezza. Ho visto le nostre realtà, i nostri servizi abbandonati. Ho in mente un'immagine chiara dei servizi sanitari e sociali come un organismo unico, che ha bisogno di essere coordinato e governato. Un sistema che pone l'assistito al centro, perché la persona rimane il punto di riferimento primario. Ma per funzionare richiede una regia, che purtroppo in queste drammatiche settimane di emergenza è mancata.

Ciò che non viene percepito, nell'immaginario collettivo, è l'idea che attorno alla nostra salute ruotino tanti attori. Quando si parla di salute la prima immagine che viene in mente sono ospedali, pronto

soccorso, sale operatorie. Dimenticando che esiste **un mondo articolato di servizi che sono al di fuori dell'ospedale, e che andrebbero riconosciuti e valorizzati**: pensiamo alle Rsa, e alle difficoltà incontrate con la pandemia, pensiamo alle strutture per disabili, ai centri di riabilitazione per tossicodipendenti, alle residenze psichiatriche. Mondi che dall'osservatorio comune sono visti come entità inconsistenti. Ci batti la testa solo quando sei coinvolto, perché hai un problema.

Con l'emergenza Covid-19 è stato avvilente vedere come non sia stata tracciata una direzione: si è dato per scontato che ciascuno dovesse arrangiarsi. Senza dare indicazioni, senza creare una rete di collegamento, si è lasciato che ciascuno trovasse da sé la strada per dare risposte, un compito arduo per realtà come, ad esempio, le Rsa che spesso hanno dimensioni contenute. Per cercare di aiutarle a "trovare una strada", con APRIRE abbiamo stilato un documento per indicare procedure di riferimento. Per fornire invece indicazioni univoche ai medici di famiglia bresciani, in collaborazione con le diverse componenti, si sono individuate, presso l'Ats, linee operative di riferimento; ma con quanta fatica!

Credo che tutto questo abbia a che fare con la filosofia di fondo adottata da Regione Lombardia, che prevede per i cittadini la libertà di scegliere in ambito sanitario, e lascia agli enti che offrono servizi la libertà imprenditoriale su cosa fare e come farlo. **E' la logica del libero mercato, che in sanità diventa una logica problematica**. Tanto più in Lombardia dove c'è stato il fraintendimento di una impostazione liberale. Non si tratta cioè di assicurazioni omnicomprendenti in competizione tra loro, come avviene ad esempio in Germania, ma che si prendono in carico il tutto, a partire dal nodo cruciale della prevenzione. In Lombardia tutti hanno diritto all'assistenza con il Servizio Sanitario, che però si avvale di una miriade di enti in competizione tra di loro, con un prevedibile sfaldamento degli interventi, impossibili da coordinare. Esempio emblematico è l'assistenza domiciliare, fatta da molti erogatori in competizione, mentre il malato complesso, che avrebbe bisogno di una serie di prestazioni coordinate, rimane sullo sfondo e deve "arrangiarsi" con la sua famiglia a ricomporre i vari pezzi.

Lo stesso "scollamento" lo abbiamo vissuto con Covid-19: qualcuno faceva i tamponi, altri le analisi epidemiologiche. E' mancata la catena di comando, e ciascun singolo ente è stato delegato a farsi carico di tutte le responsabilità, anche quelle "sopra di lui". Per questo sono molto preoccupato, ancora non vedo un disegno organico».

Balestrieri: «La Lombardia è stata investita dalla tempesta Covid con una concentrazione di contagi tanto massiva che ne ha fatto un unicum rispetto a ogni altro ambito. Possiamo mettere in campo strumenti perché tutto questo non si ripeta? E in particolare, una volta superata l'emergenza, c'è una possibilità concreta che i distretti, "sentinelle epidemiologiche" del territorio, possano recuperare quel ruolo che è stato penalizzato in quest'ultima fase?».

Lonati: «Scontiamo la tendenza a sviluppare organizzazioni "sovra-locali", con una visione da "supermercato specialistico", piuttosto che a rispondere ai problemi tramite servizi radicati al proprio territorio. A Brescia, rispetto ad altre province lombarde, negli ultimi decenni eravamo riusciti a mantenere una presenza distrettuale ma, con la legge 23 del 2015 che ha riformato il sistema sociosanitario in Lombardia e con l'avvento delle Ats e Asst, i distretti hanno subito un progressivo smantellamento. Si è puntato sulle economie di scala, con grosse realtà gestionali e costi bassi, ma si è persa la contestualità del territorio.

Anche le cooperative di medici di medicina generale potrebbero essere utili, ma solo se collocate nel territorio, a differenza di quanto accade ora, con cooperative che travalicano addirittura le province e vengono messe in competizione invece che **costruire una lettura di comunità**. Con il rischio che, senza distretti, i medici di famiglia rimangano soli, senza collegamenti con gli altri attori del proprio territorio.

Allo stesso modo avviene con la programmazione regionale, con l'ingresso di grandi gestori, entità extraregionali che sono divenute operative in regione. **E' come se mancasse del tutto la capacità di vedere il territorio come luogo di integrazione e prevenzione "a monte"**. Pensiamo ad esempio alla salute mentale, e all'importanza di avere punti di ritrovo accoglienti, che possano favorire dimissioni più precoci dei pazienti. E ancora al contrasto delle dipendenze e al controllo del bullismo, che trovano validissimi alleati nei centri di aggregazione giovanile, nelle biblioteche, in una rete di attività e riferimenti. Una struttura distrettuale sarebbe di grande aiuto».

Balestrieri: «I sindaci delle nostre comunità si sono sentiti spesso isolati. Come vedi il legame tra organizzazione amministrativa comunale e sanità, che rappresenta un altro aspetto ancora trascurato?».

Lonati: «L'aspetto più critico lo vedo nella mancanza di una comunicazione efficiente e razionale. Durante le fasi più acute dell'epidemia non siamo stati capaci di trasmettere un'interpretazione chiara dei dati, con una diffusione quotidiana di una ricca messe di informazioni che però confondevano incidenza, prevalenza, totale dei casi, tamponi diagnostici e tamponi di controllo. **C'è stata una confusione informativa che ha impedito di capire e collocare gli eventi**, a partire dal mancato riferimento alla data d'esordio dei sintomi. Una scarsa chiarezza che si è riverberata sugli attori periferici, come medici di medicina generale, farmacisti, Rsa, Comuni, rimasti scollegati e in balia di problemi interpretativi cui trovare risposte.

In prospettiva si dovrà rivedere la riforma sanitaria che ha estromesso i Comuni dal poter influire su queste tematiche centrali per la comunità. Purtroppo non vanno però trascurati nemmeno i meccanismi del consenso elettorale, che portano ad agire più per essere visibili che per risolvere i problemi: possono generare divergenze tra sindaci e aziende sanitarie, così come tra il livello nazionale e quello regionale.

Di fondo comunque rilevo la mancanza di un sistema informativo lineare e preciso, che avrebbe potuto aiutarci a confrontarci meglio, evitando equivoci e fraintendimenti e, soprattutto, ad individuare chiaramente le responsabilità».

Di Stefano: «Covid-19 ci ha insegnato che è necessario passare dalla medicina individuale alla medicina di comunità. Da qui corre il rilancio della figura del medico di medicina generale come attore di una "medicina d'iniziativa". E' necessario cambiare l'approccio sul territorio, dove medici convenzionati e liberi professionisti, dipendenti e specialisti devono lavorare insieme.

C'è poi il problema della "pandemia parallela", gli effetti sul benessere psichico dei medici che l'emergenza Covid porterà con sé, e che si aggiungeranno ai già alti livelli di stress e burnout riscontrati negli operatori sanitari, alle prese con tempi clinici ristretti e ridondante burocrazia.

Nel complesso si percepisce una necessità di rinascita del medico di medicina generale, qual è la tua opinione al riguardo?».

Lonati: «A Brescia nella Cabina di regia si sono viste grandi potenzialità nel ruolo del medico di medicina generale; in Regione temo di no. Penso che i medici di famiglia – ma anche le farmacie, l'altro servizio capillarmente presente - vadano valorizzati perché, essendo attori a proiezione territoriale ubiquitaria, sono come delle piccole nazioni che sono responsabili di tutta la popolazione dei loro assistiti, con il compito di **curare bene sia il singolo, sia l'insieme**. E con il Governo clinico, se ciò che si fa viene documentato mediante la registrazione informatica, viene riletto in modo sistematico, su tutta la popolazione assistita, permettendo anche il confronto con i colleghi: i numeri diventano indicatori preziosi e di valore scientifico. I medici lo hanno compreso e, a Brescia, non a caso sono più propensi al cambiamento.

Anche in questa pandemia **il medico e pediatra di famiglia con la segnalazione di casi sospetti avrebbe potuto rappresentare una chiave di volta della sorveglianza epidemiologica**; forse ora si è riusciti ad attivare tale modalità attraverso le segnalazioni sulla piattaforma delle malattie infettive. Se a livello nazionale tutti i medici segnalassero i casi sospetti, e se tali segnalazioni fossero razionalmente gestite, avremmo già un quadro della situazione aggiornato e di grande rilevanza. In altre nazioni, dove il sistema si basa sulle assicurazioni, non lo si potrebbe fare; da noi sì: avremmo delle “antenne” intelligenti, capaci di intercettare sistematicamente tutta la serie di situazioni.

Un discorso analogo va fatto per le farmacie, che sono un riferimento per tutta la popolazione e andrebbero ottimizzate in modo lungimirante valorizzando le professionalità presenti. Coinvolgendo le diverse figure in una logica di governo clinico anche questa pandemia avrebbe potuto contare su un “osservatorio” sistematico del territorio. Interdisciplinarietà e documentazione informatica in tempo reale degli interventi fatti, per consentire un recupero immediato dei dati evitando rendicontazioni a posteriori: così sarebbe tutto più semplice ed efficace».

Spostando lo sguardo al futuro, una volta superata l'emergenza Covid-19 bisognerà riprendere le fila dell'assistenza alle cronicità che caratterizzano il nostro tempo, insieme all'invecchiamento progressivo della popolazione. Quali i passi da compiere per incentivare la capacità di risposta del territorio?

Lonati: «E' necessario rivalutare il distretto come luogo di integrazione di tutti gli attori del territorio. Oggi abbiamo distretti troppo ampi, che arrivano al mezzo milione di abitanti; si dovrebbe puntare a un dimensionamento tra i 50 e i 200 mila abitanti, e dare ai medici di famiglia le giuste coordinate per lavorare insieme. Penso a bacini non troppo grandi, ad esempio in cui operino 70 MMG per 100 mila abitanti, scelta che consentirebbe una conoscenza ed un confronto reciproco periodico. Con questa veste il distretto potrebbe ritornare ad essere per il futuro un elemento forte, che permette di costruire macro-équipe di lavoro sul territorio.

Un altro aspetto cui rimettere mano è la separazione tra Ats e Asst. L'Ats-Agenzia di Tutela della salute si è rivelata essere non un'entità di governo effettivo, che è in capo alla Regione, ma piuttosto un'agenzia chiamata a veicolare decisioni. Le Asst - Aziende socio sanitarie territoriali sono erogatori cui la legge di riordino attribuisce anche una funzione di coordinamento, tuttavia non supportata da corrispondenti strumenti. **Sarebbe utile organizzare le Asst con un'articolazione su veri ambiti distrettuali, per coordinare il territorio** e dotarle di reali strumenti di coordinamento e governo di tutti gli attori presenti, sanitari e socio-sanitari, ospedalieri e territoriali, pubblici e privati.

E' emblematica la vicenda del Dipartimento di Prevenzione: nella vecchia Asl poteva contare su un pool di operatori che con la riforma sono stati ripartiti, nel caso bresciano, su quattro diversi enti, con una frammentazione che non facilita certo i compiti, specialmente all'Ats che peraltro si è trovata svuotata di parte delle funzioni di governo locale. Specularmente, le Asst sono oggi chiamate a confrontarsi con una visione “olistica” del malato, dedicando qualcosa come il 70% delle risorse a pazienti anziani poli-problematici che richiedono uno sguardo molto più ampio. Per questo gioverebbe rimettere in discussione la separazione tra Ats e Asst, dando a queste ultime il governo del territorio, oltre al compito di “erogare prestazioni”.

In questo cambiamento si inserisce anche il tema della programmazione pubblica e del ruolo del privato in sanità (da rilevare che in questa emergenza i privati sono entrati in un secondo tempo, solo sul versante ospedaliero, mentre la fase della prevenzione e dell'isolamento dei focolai è rimasta in capo al pubblico). Ben venga, quindi, il privato, ma fortemente governato, inserito cioè in una cornice di programmazione precisa, dettagliata, orientata prioritariamente alla prevenzione, primaria, secondaria e terziaria».