

## 3. Servizi sanitari territoriali: la sfida per un cambiamento

Emanuele Ranci Ortigosa, | 28 luglio 2020

Gli articoli che seguono nel loro insieme espongono la proposta di sviluppare il sistema di servizi sanitari territoriali andando ben oltre l'attuale configurazione e assumendo come criterio guida un diverso paradigma, quello già anticipato in apertura di questo [Punto di Welforum](#).

Un primo contributo di [Arlotti e Ranci](#) descrive le tendenze di medio periodo del sistema sanitario italiano per quanto riguarda il ruolo dei servizi sanitari territoriali. Similmente ad altri paesi europei "l'Italia ha avviato ormai da anni un intenso processo di ristrutturazione del sistema sanitario, centrato sulla riduzione della capacità ospedaliera. La riduzione di posti letto è un indicatore chiaro di questa tendenza". Come indicano i dati di spesa questo processo di de-ospedalizzazione è tuttavia avvenuto in assenza di un'adeguata politica di investimenti sul versante dell'assistenza sanitaria territoriale, diversamente da paesi come Francia e Germania che hanno investito sui servizi non ospedalieri e per servizi long term care.

Continuano gli autori:

*"In un quadro di regionalizzazione spinta del sistema sanitario nazionale, troviamo tuttavia tendenze differenti fra regioni. In Veneto ed Emilia-Romagna la contrazione del sistema delle cure ospedaliere è stata in parte controbilanciata, a livello territoriale, da un taglio meno sostenuto nel numero dei medici di famiglia (Mmg), che rappresentano il perno centrale nell'articolazione dei sistemi territoriali. In queste stesse regioni la dinamica dei servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi), che offrono servizi di carattere infermieristico, riabilitativo e assistenziale, è stata espansiva. Nel caso della Lombardia, invece, il quadro che emerge è decisamente più problematico: ad una contrazione più significativa dei Mmg si è infatti accompagnato un aumento più contenuto dell'Adi. Le diverse scelte rispetto al ruolo dei servizi territoriali sono emerse con grande chiarezza già nella gestione dell'emergenza pandemica...Di fronte ad un'infezione senza precedenti e senza un adeguato filtro a livello territoriale, anche le regioni, come la Lombardia, che dispongono di una rete ospedaliera fra le più avanzate a livello nazionale - per quanto depotenziata nella sua componente "pubblica" - non hanno potuto reggere il carico enorme di malati provocato dalla pandemia...Queste evidenze, dunque, segnalano quanto l'avvio di una politica pubblica per lo sviluppo dei servizi territoriali nel nostro paese risulti fondamentale."*

A questo sguardo panoramico seguono gli interventi di [Peduzzi, "Cogliere la finestra di opportunità"](#), e di [Maciocco, "Cure primarie e medicina di famiglia"](#), che per lo sviluppo dell'assistenza territoriale centrano l'attenzione sulla funzione e il ruolo del medico di famiglia, e che avanzano proposte per un suo rafforzamento contestuale ad un significativo cambiamento, conseguibile solo superando l'impostazione obsoleta dell'attuale Accordo collettivo nazionale (ACN), finora non adeguatamente rivisto, scrive Peduzzi, per la "mancanza di una visione politica e di risorse per sviluppare un disegno organico di riorganizzazione, per l'interesse dei sindacati medici di non modificare lo status quo entrando nel merito di una necessaria revisione degli ACN, per la tendenza delle regioni a ritagliarsi spazi di autonomia nel contesto dato, seguendo propri modelli sanitari".

A questi contributi si aggiunge, nella stessa prospettiva, [l'articolo di Lonati](#), che ripercorre una esperienza concreta, molto promettente, realizzata su un territorio, che purtroppo, non sostenuta se non ostacolata dagli organismi di governo istituzionale e di rappresentanza professionale, non ha potuto consolidarsi nel tempo, contaminare altri territori, svilupparsi ulteriormente.

A sua volta Maciocco nell'articolo qui proposto, come in altri suoi contributi[[note](#)][Riprendere come prima](#), di Gavino Maciocco, segnalato su [welforum.it](#), 14 luglio 2020; [Lettera aperta al Ministro della salute](#), di Gavino Maciocco su *Salute Internazionale*, 27 aprile 2020[[note](#)], evidenzia sia la centralità e l'esigenza di ridefinire la figura e il ruolo del medico di medicina generale, sia le resistenze delle organizzazioni tradizionali dei medici, barricate sullo *status quo*, sia il risveglio e l'iniziativa per il cambiamento che aggregazioni di medici, e soprattutto di giovani medici, stanno assumendo, e che vanno sostenute e valorizzate. Maciocco sottolinea opportunamente anche l'importanza della formazione dei medici di medicina generale, che deve essere portata in Università e posta al livello della formazione delle altre specializzazioni mediche, come [anticipato dall'articolo di Bordignon e Turati](#) che ne stimano anche entità e costi.

In "[Cure territoriali: la sfida di un cambiamento](#)", Peduzzi tira le fila esponendo la proposta conclusiva:

*"Per il medico di famiglia risulta ormai superato il ruolo di semplice gatekeeper, ovvero punto di ingresso al servizio sanitario e selezione per l'accesso e la presa in carico da parte della medicina specialistica, mentre si è progressivamente delineato un ruolo autonomo di diagnosi e presa in carico della quota prevalente delle patologie che possono trovare una risposta efficace nell'ambito dell'assistenza primaria (...). Il problema principale è la mancanza di un disegno organizzativo dei servizi sanitari territoriali in grado di garantire ai cittadini una risposta chiara ai loro problemi di salute, ricostruendo intorno alla figura del medico di fiducia dell'assistito (medico di medicina generale/pediatra di famiglia) l'apporto delle altre figure professionali (...). Garantire l'attenzione ad entrambe le aree problema, patologie croniche e patologie infettive emergenti, richiede alla medicina generale un salto di qualità organizzativo (...). Il primo riferimento per i problemi di salute della popolazione dovrebbe essere costituito da un team di professionisti (medici, pediatri, infermieri, amministrativi) in grado di assicurare alla popolazione assistita (...) l'accesso alla consulenza e alle prestazioni di diagnosi e cura (...) lungo tutto l'arco della giornata e 7 giorni su 7, e la presa in carico dei problemi di salute attraverso interventi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza, valorizzando le diverse professionalità e competenze presenti nell'ambito del team, favorendo la partecipazione attiva degli assistiti, collaborando, in una logica di allerta epidemiologica e di continuità del percorso di cura, con i professionisti dei servizi di prevenzione e degli altri livelli di assistenza".*

La situazione di criticità che può stimolare il cambiamento c'è e va sfruttata senza ritardi. Le risorse ci sono. Malgrado questi fattori favorenti:

*(...) "l'operazione non è esente da difficoltà e rischi ed è necessaria una forte iniziativa politica a livello centrale in grado di perseguire una logica sistemica delineando una visione dell'assistenza primaria e della sua organizzazione in rapporto alle necessità epidemiologiche; assicurando il coinvolgimento dei diversi attori (regioni, sindaci, rappresentanti dei medici delle cure primarie e degli altri professionisti coinvolti) nel disegnare un'organizzazione delle cure primarie adeguata al contesto epidemiologico; avviando percorsi virtuosi di cambiamento che prevedano anche l'implementazione di sperimentazioni organizzative e investimenti coerenti in termini di risorse."*

Concludendo: è importante che la ripetuta litania "rafforziamo i servizi territoriali" possa effettivamente mettere in discussione il paradigma attualmente prevalente nel sistema sanitario, centrato sul singolo paziente, la specifica patologia, la relativa prestazione specialistica, per affermare un diverso paradigma, centrato sulla considerazione e l'intervento sulla comunità, nella sua situazione epidemiologica, e sulla persona, nell'insieme della sua condizione di salute, ovviamente assicurando tutte le prestazioni necessarie.

Il cambiamento di paradigma non si esaurisce nel rafforzamento dell'attuale assistenza territoriale, ma deve affrontarne i limiti, che la esperienza del coronavirus ha drammaticamente evidenziato, per rispondere a esigenze di sviluppo e rinnovamento. Per questo occorre che si apra un serio dibattito sulle esigenze emerse e le scelte da effettuare, e che vi sia chi, a livello scientifico e culturale, nel dibattito politico, sui mass media, entro le rappresentanze sindacali e di categoria, nel vivo della società, ponga con forza il problema e costruisca una visione, una strategia, una narrazione che possa raccogliere il consenso di un significativo arco di forze e di opinione pubblica, in grado di confrontarsi efficacemente con le resistenze al cambiamento e con i molti interessi in gioco. E non sarà impresa facile.

Tale operazione culturale e politica sarà agevolata se potrà contare e assumere come riferimento progettazioni e processi di implementazione a livello centrale e anche territoriale, e sull'avvio di sperimentazioni monitorate e valutate nel loro sviluppo. Progetti e esperienze che possono nascere e proporsi a diversi livelli istituzionali e in diversi contesti territoriali, con caratteristiche a questi adeguate, ma che grazie ai loro esiti e alle loro verifiche dovranno consentire delle generalizzazioni traducibili in norme, sistemi di governance, livelli essenziali condivisibili e praticabili in tutto il paese.

Come welforum.it seguiremo attentamente questi auspicabili sviluppi, normativi e esperienziali, e offriremo contributi per alimentarli, sostenerli, valutarli. Lo faremo allargando e coordinando la riflessione e la proposta fra il campo propriamente sanitario, come in questo il punto, e quello sociosanitario e sociale, cui dedicheremo prossime uscite del Punto di Welforum.