

# “Da una medicina del territorio alla medicina di comunità”

## *MEDICINA E PERSONA: COMUNICATO N°2*

La più grande “falla” evidenziata dall’attuale pandemia, è stata la fragilità ed insieme lo scarso utilizzo e coinvolgimento della sanità territoriale: oggi abbiamo una grande occasione di ripensare e rifondare l’assistenza e la cura, il concetto stesso di presa in carico, dentro una medicina di comunità.

Recentemente il presidente della FNOMCeO, dr. Filippo Anelli ha posto questa domanda: *“Perché non affidare ai professionisti la governance delle strutture sanitarie attraverso la definizione degli obiettivi di salute? È tempo di superare un modello che ancora oggi vede prevalere gli obiettivi di bilancio su quelli della salute, rivalutando un’appropriatezza che sia finalmente assistenziale e non meramente economica.”*

Questa drammatica situazione può essere l’occasione per rimettere al centro del lavoro sanitario la persona. L’uso delle nuove tecnologie e delle risorse rese disponibili, lo sforzo per rimuovere gli ostacoli della burocrazia, il dialogo tra istituzioni e professionisti, vorremmo fossero passi guidati dalla esperienza fatta, giudicata e condivisa, per costruire quel “percorso paziente” che urgentemente oggi deve ristabilire una collaborazione feconda tra Ospedale e Territorio, un dialogo che da decenni in Lombardia è gravemente trascurato.

I punti che seguono, sintetizzano un dibattito promosso dall’ Associazione Medicina e Persona, con professionisti di ogni settore della sanità impegnati in questo periodo in prima linea, negli Ospedali come sul territorio lombardo: direttori, responsabili di ATS, responsabili di Ordini professionali, sindacati medici, Medici di Medicina Generale, infermieri, specialisti ospedalieri ecc. La preoccupazione che guida i professionisti coinvolti è di contribuire positivamente all’affronto della “Fase 2” che dovrà avere nella medicina generale e nei servizi territoriali attori decisivi per la sua realizzazione. Auspichiamo che le proposte e le osservazioni contenute nel documento aprano un dialogo vero con le Istituzioni, la Politica e con ogni professionista che si riconosce in un modello di lavoro sanitario centrato sulla clinica. Solo un coinvolgimento reale dei Professionisti consentirà al SSR di assolvere il suo compito nel miglior modo possibile. Partendo allora dalle criticità evidenziate durante la pandemia COVID, il contributo che segue vuole provare a indicare linee di lavoro per la Sanità lombarda. per quanto riguarda le strutture intermedie e domiciliari.

## **OBIETTIVI A BREVE TERMINE**

### **Aspetti epidemiologici**

Occorre definire percorsi per la esecuzione dei necessari accertamenti che diano al MMG la possibilità di fare una rapida diagnosi: tamponi su larga scala e “contact tracing”. Occorre espandere e connettere la diagnostica di laboratorio, quella per immagini e quella clinica.

### **Follow-up dei pazienti trattati per Covid-19, nella fase post-ricovero**

I pazienti dimessi possono presentare sequele non note, per la cui gestione si rende necessario creare forme di collaborazione tra gli specialisti ospedalieri e MMG. Al MMG deve essere affidato il monitoraggio domiciliare in collaborazione con lo specialista ospedaliero che quello stesso paziente ha curato e intende rivalutare negli ambulatori di follow-up.

### **Percorsi diagnostici integrati per nuovi casi di infezione da COVID**

Occorre definire ora con precisione le linee guida per affrontare l’eventuale ripresa dei contagi, al fine di consentire ai MMG di affrontare, in condizioni di sicurezza, l’esordio di nuovi casi di infezione da Covid-19, predisponendo fin da ora percorsi integrati e condivisi tra ATS, ASST, privati accreditati per la diagnosi e la terapia tempestiva dei casi che si possono gestire a domicilio.

## **OBIETTIVI A MEDIO TERMINE**

Da più parti è stato sottolineato come la pandemia COVID abbia messo in luce alcune criticità nell’impianto della L.R. 23/2015 che ha riformato l’impianto del Sistema Sanitario Regionale. In particolare si è registrato un affanno da parte delle strutture territoriali a rispondere in modo efficiente e coordinato alle sfide poste dalla pandemia.

Di seguito alcuni punti su cui occorre porre l’attenzione:

### **Un’ “Agenzia permanente” per le cure Primarie**

L’assessorato al Welfare di RL dovrebbe dotarsi di un gruppo di lavoro permanente che non si limiti a gestire la convenzione con i MMG. Occorre uno sviluppo delle Cure primarie e della rete territoriale, coinvolgendo direttamente e stabilmente i Professionisti e i diversi

attori del territorio. Deve configurarsi in questo modo un'Agenzia Regionale con il compito precipuo di raccogliere le “best practices” (logistiche- organizzative, diagnostiche, di protocolli di cura, sicurezza e prevenzione, di formazione degli operatori ecc) con particolare riguardo a quanto messo in atto in questi 3 mesi per far fronte alla pandemia dalle Aziende Sanitarie sia pubbliche che private della nostra Regione, facendole diventare patrimonio comune, come sta facendo AGENAS a livello nazionale.

## **Medicina Generale: non un problema di contratto**

La medicina generale e' lo snodo fondamentale delle Cure Primarie e alcune voci hanno tentato di ricondurre la relativa inefficienza della risposta territoriale alla pandemia COVID alla natura convenzionale del rapporto di lavoro di questi professionisti con il Sistema Sanitario Regionale. Anche qui condividiamo quanto espresso dal presidente Anelli:

*“Non è lo strumento contrattuale che garantisce l'efficienza, ma le risorse e gli strumenti messi a disposizione di chi segue i malati. La discussione non può partire dal rapporto di dipendenza o meno dei MMG “senza comprendere che la chiave di volta per un Servizio sanitario nazionale che veramente sia prossimo al cittadino non passa, o meglio non passa in primo luogo, dalla forma contrattuale attraverso cui si esercita la professione, ma dalle modalità di governance della sanità e della salute e quindi dalla valorizzazione delle professioni sanitarie”.*

Lasciando i generalisti senza indicazioni univoche, privi di protezioni, di strumentazione adeguata e, soprattutto, della facoltà di prescrivere tamponi e farmaci, armati del solo senso di responsabilità il risultato è stato: medici contagiati, che hanno pagato, in alcuni casi, con la loro stessa vita la loro abnegazione. E pazienti assistiti da un medico privo degli adeguati strumenti e non presi in carico dal sistema. Occorreva invece sostenere le capacità cliniche e diagnostiche dei Medici di Medicina Generale, promuovendo la specificità di un lavoro che coniuga accessibilità e continuità favorendo nel contempo una integrazione funzionale con gli altri operatori (Medici Ospedalieri, Infermieri, altri professionisti sanitari) che, a diverso titolo e con competenze e tempi differenti, lavorano allo stesso obiettivo, quello cioè di prendersi cura della persona, vero ed unico centro di qualsiasi sistema sanitario.

## **Una nuova clinica per una nuova organizzazione**

Occorre riconoscere per prima cosa che la Medicina Generale territoriale è fondamentale anello del percorso di cura integrato ospedale/territorio. Se riconosciamo che il MMG è il primo attore della clinica, deve essere obiettivamente messo in grado di poter fare diagnosi, terapia, cura, assistenza e follow up in rapporto con gli specialisti e con le strutture Ospedaliere. In questo senso possono essere richiesti più strumenti, messe in gioco risorse

in termini di formazione continua, di risorse umane professionali, assistenziali, amministrative. Molti modelli possono essere riconvertiti utilmente a tale scopo (PRESST, USCA, Giovani medici, teleconsulti ecc...) convergendo sull'unico scopo del miglioramento della cura del singolo paziente

## **Lavorare insieme**

Occorre che i Professionisti diano vita a gruppi di confronto e di lavoro che mettano insieme specialisti e generalisti, per definire nel dettaglio i percorsi operativi del paziente integrando le competenze necessarie. Sarà la individuazione di questi percorsi a permettere, con un approccio dal basso ai problemi, le risorse effettivamente necessarie ed i modelli organizzativi più idonei a supportare i percorsi stessi. Ciò garantirebbe una formazione continua tra pari; anche l'assistenza al Paziente COVID, potrebbe essere presa come paradigma per ripensare il percorso del paziente acuto mentre una revisione del processo di Presa in Carico - una volta rimesso nella esclusiva competenza del Medico di Medicina Generale il ruolo di Clinical Manager al fine di evitare improduttive competizioni tra ospedale e territorio -potrebbe costituire la base di discussione per affrontare il problema della Cronicità.

La definizione dei percorsi e degli obiettivi clinici deve coniugarsi con investimenti che dovranno affrontare alcuni aspetti prioritari:

## **Adeguamento strutturale degli ambulatori**

Dalla definizione degli obiettivi di salute discende la necessità di superare la estrema frammentazione delle attuali modalità di offerta, identificando uno standard minimo che permetta al Medico di Medicina Generale di operare con l'indispensabile supporto di personale segretariale ed infermieristico oltre che di Colleghi specialisti.

## **Investimento sul personale**

La pandemia COVID-19, ha evidenziato che il singolo Medico di Medicina Generale, pur armato dei migliori intenti, ben difficilmente può affrontare un paziente complesso, occupandosi con uguale efficacia degli aspetti clinici e degli aspetti gestionali che il caso comporta. Occorre allora anche definire la dotazione di personale di supporto e le modalità di incentivazione necessarie a far sì che il singolo professionista se ne possa avvalere. Tali modalità dovranno essere oggetto di specifici provvedimenti in sede di contrattazione regionale.

Adeguamento del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) che deve essere ridisegnato per poter diventare strumento di collaborazione nella pratica quotidiana tra professionisti a vari livelli del SSR.

In sintesi, un Medico di Medicina Generale che non lavora più da solo ma si inserisce a pieno titolo in un Sistema Sanitario Regionale che promuove la collaborazione e la integrazione funzionale tra vari livelli di cura, garantendo l'ascolto dei bisogni delle comunità locali con lo spiegamento di modelli organizzativi flessibili, rispettosi delle specificità dei diversi territori e capaci di sfruttare appieno, ottimizzandone l'efficacia, le risorse ivi disponibili.

## **UN OBIETTIVO PER TUTTI CURARE SEMPRE**

Nella nostra esperienza non possiamo tacere che il concetto di relazione di cura viene quasi ovunque affermato in modo formale, perché in realtà non viene più chiaramente riconosciuto e promosso nei progetti sviluppati per le Cure Primarie. In realtà questa carenza fondamentale viene rilevata da molti professionisti anche a livello ospedaliero.

**Vale la pena cercare di approfondire questo punto.** La relazione di cura non si esaurisce nella disponibilità di prestazioni. La spesa per la salute impone coscienza che la prestazione sanitaria farà il bene della persona solo se il suo percorso si concluderà con una valutazione completa ed unitaria. Il giudizio clinico va espresso nel giusto rapporto con la persona a cui è rivolta la prestazione, cioè in una valutazione che riesce ad unificare l'aspetto fisico e quello della relazione. Senza questa unità non c'è né cura né fiducia nell'essere curati. Questa è la vocazione clinica del MMG e di ogni medico. Un diffuso pregiudizio da tempo non dà più il giusto peso e il giusto merito ai medici che danno fattiva testimonianza di questa capacità clinica.

**Un laboratorio sul campo è la speranza di una migliore sanità.** In questo momento è importante associarsi rispetto ad obiettivi concreti e valorizzare le esperienze già in atto. Per queste chiederemo di ottenere risorse e di poter essere portate anche a sistema.

Senza pretendere di possedere verità né di dettare conclusioni, desideriamo richiamare a noi e a tutti i colleghi gli aspetti più veri della nostra professione, che ci sono risultati evidenti anche e soprattutto in questo duro e drammatico periodo della pandemia.

**Desideriamo invitare chiunque a riprendere queste tracce di lavoro per uno scambio di esperienze**, per aiutarsi a tessere fili che ci uniscono nel lavoro con uno sguardo più profondo sulla professione medica. Da questi sguardi condivisi potranno nascere proposte concrete e un lavoro paziente, fedele e articolato, che sia una sollecitazione per chi oggi si sente demotivato e un appiglio vivo per tutti i giovani che si incamminano nelle professioni sanitarie.

**Medicina e Persona**