

Per una nuova Sanità, con i Cittadini, per i Cittadini

C'è una carenza di comprensione e vicinanza tra i sentimenti, le preoccupazioni, le difficoltà che i cittadini, disorientati, stanno affrontando e il governo dei territori. Il punto è distinguersi nell'offerta e nella proposizione attuativa come riferimento a una comunità comprensibilmente in attesa di risposte adeguate. Se curarsi dei cittadini deve essere, anzitutto, relazione, vicinanza, condivisione, farsi carico dei guai dell'altro, allora, anzitutto, vi deve essere un rapporto sinergico **fra Sanità e Salute**. Dove esiste questo? dove non esiste più perché smantellato? occorre indicare che va ricreato e come. Avere Cura degli altri, dei cittadini / pazienti. Tutto il resto - tamponi, saturimetri, farmaci, finta efficienza dei centralini, digita 1, digita 2, case della comunità inventate ai tavoli di uffici lontani e senza vedere e conoscere la realtà e confrontarsi e discuterne con gli attori di quella Sanità – sono solo strumenti.

E' volere bene alle tue cittadine e ai tuoi cittadini in un momento così difficile, dicendo che sei loro vicino con trepidazione e farai tutto ciò che puoi, anche se quello che puoi magari è poco, per diminuire sofferenze e fatiche, sconcerto, delusione. La politica è una cosa bella, bellissima per questo.

C'è un senso di forte attesa e di forti e chiare idee per qualcosa di nuovo per il presente e il futuro, programmare, con orizzonti ampi, il futuro partendo dal presente e dal passato, per un reale e sostanziale cambiamento in meglio per tutta la Società. Tutta la Società a partire dai più deboli, i meno avvantaggiati, che sia inclusiva dei dimenticati, di quelli che non votano più e non gli chiediamo perché e cosa fare: nessuno deve essere lasciato indietro. Potenziare il terziario, attuare un vero decentramento, progettualità sociale per le periferie, start up, si unifichino assessorati all'Istruzione e alla Cultura: la Cultura è il motore dello sviluppo sociale. Gli svantaggiati e i marginali sono molto anche i bambini: i nidi, a distribuzione omogenea sul territorio sarebbero una rivoluzione sociale.

E veniamo a **quattro punti**, come punti di critica con lo scopo a costruire o ricostruire proposte e realtà necessarie. **Medicina Scolastica, Medicina di continuità assistenziale, Medicina territoriale e Medicina di famiglia, Case di Comunità.**

La non - situazione di **una medicina scolastica comunale**, fiore all'occhiello del Comune o dei comuni, negli anni che furono, nella sua capillarità e nel suo ruolo di controllo, prevenzione, vaccinazione, assistenza: ora una delle grandi realtà commemorate, rapita nel 1994 ai comuni e abolita come non "necessaria", chissà perché. Si rivela, ora, anzi, già durante il 2020, un qualcosa che ha un ruolo chiave che è mancato, su aspetti epidemiologici, prevenzione e educazione sanitaria con le famiglie. Va riformulata, e nuovamente a livello comunale.

Non meno importante, una **guardia medica, che si chiamava servizio di Continuità Assistenziale**, ora si scopre che è carente, eppure periodicamente si piange, a livello delle massime Istituzioni, ma solo dopo periodiche uccisioni, stupri, ferimenti, minacce. Il Comune deve avere un rapporto chiaro relazionale e supportivo (vedi sedi, vedi sicurezza) con chi lavora per assisterci durante le notti e le festività e nelle urgenze sanitarie.

Il Comune deve assumersi le sue responsabilità di vicinanza attiva, assumersi delle competenze, anche alcune che aveva già prima, e che ora è dimostrato quanto sia stato deleterio averle perse e quanto urgente sia che vengano riprese, con un ruolo fattivo di collaborazione e di supporto. Le competenze si prendono, ancora più quando si è una grande metropoli europea e la situazione è visibilmente carente e le necessità sono palesi.

Occorre molta cautela, se si considera la riforma della medicina del territorio come prevista nel ***Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del governo Draghi e incentrata sulle Case della Comunità***. Lascia perplessi perché: i finanziamenti potrebbero non finire nei posti giusti, vi sono una serie di regole lacunose per la loro utilizzazione, e poi si evidenzia una decisa incoerenza quando, nello stesso, si accorpa in alcune Case ogni tot decine di migliaia di cittadini/pazienti e si sottolinea poi la ***necessità di avere una efficiente medicina di Prossimità***.

In effetti, il PNRR, come si vede nelle prime fasi di ideazione / strutturazione, non risponde alla esigenza, questa necessaria e urgente, di dare migliori risposte, di aggregare le forze del servizio sanitario che sono già presenti sul territorio. Cioè: medici di famiglia, pediatri, specialisti in specifiche branche, infermieri e farmacie. Il PNRR prevede, invece, di accorpare servizi, formare poliambulatori, così allontanando fisicamente le cure dai pazienti. Queste Case della Comunità, denominazione che sostituisce il precedente termine di Case della **Salute**, dovrebbero offrire funzioni “sociali” dei Comuni, integrandole con le “competenze sanitarie” delle Regioni. Ma va considerato quanto sia noto e dimostrato che le Regioni hanno possibilità, e lo fanno, di sostituirsi a deliberazioni comunali! Inoltre, nel PNRR, i 2 miliardi di fondi europei sono riportati al capitolo “Sanità”. Dunque, anche qui, siamo davvero sicuri che davvero tutto è sotto controllo?

Se guardiamo alla riforma della medicina del territorio, tentata dieci anni fa dalla legge Balduzzi, cioè quella che cercava di aggregare medici di famiglia, specialisti di branca medica e infermieri in Aggregazioni funzionali ed Unità Complesse di cure primarie, con obiettivo dichiarato di migliorare l'organizzazione, dare continuità tra le diverse figure professionali, e migliorare l'accessibilità, abbiamo visto come fu fermata soprattutto dalla realtà della frammentazione regionale, che ha creato situazioni altamente diversificate tra loro.

Occorre “sapere” impiegare le risorse, e il PNRR ci dà soltanto cinque anni di tempo. Finora, i dibattiti sono stati affrettati e confusi, partendo dall'idea che le Case di Comunità siano come scatole dove poi metterci servizi. L'obiettivo deve essere quello di rispondere alle reali esigenze dei pazienti, con servizi che siano essenzialmente mirati. Ad esempio eclatante, i pazienti fragili sono in **gran parte** anziani e magari non autosufficienti, per cui, sarebbe evidente che tali servizi sono in parte ***sociali e andrebbero erogati***, come avviene quando avviene, ***dai Comuni***.

Occorre dialogo con il personale sanitario (che, infatti, è già in forte subbuglio e forte opposizione, senza neppure chieder sen le ragioni !), ***operatività sulla necessità di metterlo in rete***. Per progettare servizi per le "Case", dai presidi sociosanitari territoriali ai punti unici di accesso, dalla riconversione dei piccoli ospedali per pazienti a bassa intensità alla presa in carico dei cronici, occorre anzitutto creare ***una efficiente mappatura***. La Casa della Comunità prevista nel PNRR, anziché avvicinarsi alla casa del malato, se ne allontana e concentra professionalità in un punto distante: le 1700 case previste a fine ciclo saranno integrate con il resto del SSN o saranno modalità a se stanti che assorbono spese o con deriva privatistica ?

In alternativa alla prossimità fisica ci può essere quella generata da **una efficiente piattaforma informatica comunale fruita da medici di famiglia e farmacisti, quelli che sono i capisaldi che realmente resterebbero capillari.** La sanità digitale potrebbe mettere in relazione il medico con gli altri professionisti consentendogli di lavorare sia nel suo studio sia nelle Case di Comunità (sdoppiamento di presenza ?) e di aumentare l'intensità assistenziale. Inoltre, **va speso e investito più in personale e formazione e qualificazione che in “opere edilizie” !**

La soluzione comunale non sia rincorrere la Regione ad una Sanità farlocca che non si approssima e si prende Cura, e faccia uscire ancora il privato e i divari economici, ma progettare se aprire delle Case, su dati scientifici ed economici già sperimentati all'estero, e attui, con progressività solo con la premessa di capire, studiare, conoscere, vedere dove e come si trovano quotidianamente a lavorare, e pesantemente, i vari operatori, invece di volerli chiudere in uno scatolone, ogni decine di migliaia di cittadini / pazienti. E, last but not least, non privilegiare dialettiche con distanti uffici regionali e lo stesso per asettici / impersonali uffici puramente amministrativi ASL, distanti invece di essere vicini con amore e pazienza, ma **dia la gestione sanitaria solo a coloro che davvero** sono al servizio dei cittadini / pazienti, a coloro che davvero già sono vicini ai cittadini, ai pazienti, ai deboli, ai fragili, a domiciliati (potenziare la **domiciliarità** !) .

Per sconfiggere le politiche sanitarie statali e regionali, errate e fatte nelle lontane stanze ovattate, occorre una sollevazione cosciente, acculturata, propositiva, riformista da cittadini, da associazioni, da terziario, da volontariato, i Comuni si riappropriano competenze perdute e difendano competenze nuove, tutti vicini ai fragili, ai dimenticati, ai cronici, agli invalidi o disabili, a prendersi cura con strumenti adatti e di propria gestione, e con il personale competente, che ne sia consultato e che ne sia premiato.

Francesco Carelli Professore per Medicina di Famiglia, Università di Milano
National Representative in EURACT and Executive
(European Academy of Teachers of Family Medicine)