

la riforma necessaria del territorio

Basta con gli equivoci, il medico di famiglia diventi dipendente del Ssn

Le cause del mancato funzionamento della medicina territoriale in Italia durante la pandemia da Sars-CoV2 sono molte: inadeguatezza degli studi medici, elevato numero di assistiti per medico, inerzia, se non ignavia, di molti medici di medicina generale (Mmg), frammentazione dei servizi (medicina di famiglia, guardia medica, Unità Speciali di Continuità Assistenziale-Usca).

Ma la causa prima della inefficienza è il rapporto privatistico tra Stato (Regioni) e Mmg, che di fatto sono fuori dall'organizzazione della Sanità pubblica ed avulsi dal sistema pubblico dell'emergenza-urgenza. La parte più rilevante della nostra medicina territoriale è affidata alle mani di libero-professionisti, un rapporto fortemente voluto dalle corporazioni sindacali dei Mmg, che è alla base di una congerie di incertezze, ricatti ed inefficienze. Basti ricordare: 1) la fornitura dei presidi di protezione individuale (a chi ne spetta l'acquisto, al committente del servizio, cioè lo Stato, o al libero-professionista?); 2) le retribuzioni aggiuntive di attività professionali che dovrebbero essere ovviamente svolte nell'ambito dei compiti assegnati; 3) la mancata gestione domiciliare (a distanza) dei pazienti domiciliati con Covid con ricorso a volte incongruo alle Usca.

Bisogna mettere mano a una radicale riforma nazionale della medicina territoriale. Il Mmg non può rimanere una monade isolata dal contesto del servizio sanitario pubblico, ma va inserito in un progetto organico che parta dalla medicina di famiglia ed arrivi fino ai servizi di terapia intensiva. La medicina territoriale extraospedaliera dovrebbe raccogliere tutte le competenze che precedono la decisione del ricovero in ospedale o, ancora più importante, dell'invio in pronto soccorso. Per questo obiettivo, io credo che i Mmg dovrebbe essere inserito nei sistemi sanitari regionali, come dirigente sanitario, esattamente come i medici ospedalieri.

Il Mmg dovrebbe 1) avere sotto la sua responsabilità un distretto territoriale ragionevolmente dimensionato; 2) essere affiancato da collaboratori, medici, infermieri, operatori sanitari, in numero adeguato alla densità abitativa del territorio ed alle attività che questo richiede. Sotto la sua responsabilità dovrebbero essere organizzati servizi domiciliari di continuità assistenziale, che includano anche attività di emergenza (ora guardia medica), dimensionati in relazione allo storico del

territorio e a modelli previsionali sviluppati da adeguate competenze epidemiologiche, integrate con centrali operative e reti. Con un network così diventerebbe più semplice decongestionare i pronto-soccorsi. In relazione alle specificità epidemiologiche del territorio, il Dirigente sanitario con compiti di Mmg potrebbe avvalersi di specialità mediche, la cui posizione giuridica andrebbe poi determinata.

Per quanto detto sopra, tutto il personale della medicina territoriale andrebbe riqualificato, innanzitutto cessando lo scandalo dei corsi regionali di medicina di famiglia (so di che parlo avendo fatto per due volte il presidente di commissione di diploma). La preparazione dovrebbe essere riportata nell'alveo universitario-ospedaliero, cosa impedita finora da corporazioni potenti e clientele politiche. Può un medico del territorio ignorare i rudimenti di lettura di un elettrocardiogramma o di un equilibrio acido-base? O ignorare l'ausilio diagnostico imprescindibile di un ecografo palmare? No. Non dovrebbe, e, nella mia idea, infatti, non dovrà.

Anzi, il Mmg dovrà assolvere a compiti formativi sostanziali, di staging sul territorio degli specializzandi che volessero prendere questa strada. Insieme con un programma di riqualificazione dell'esistente, bisognerebbe generare una specializzazione universitaria in Medicina del Territorio, dopo un rodaggio iniziale che utilizzi le risorse formative, universitarie/ospedaliere, già operanti, come fu fatto prima della creazione della specializzazione in Medicina di Urgenza. Bisognerebbe creare in un primo tempo una ramificazione della Medicina Interna per la Medicina del Territorio, per arrivare in un prossimo futuro ad una nuova Scuola di Specializzazione in Medicina del Territorio cui partecipino i Mmg come attori sostanziali.

La ricostituzione di una medicina territoriale riqualificata sarebbe un potente volano per un salto in avanti di tutto il sistema sanitario e dovrebbe coinvolgere il governo nella sua interezza. Bisogna però capire che una riforma di queste dimensioni, che avrebbe lo scopo di integrare l'ospedale con la medicina territoriale, mettendo il paese relativamente al sicuro da nuove catastrofiche epidemie, non potrà mai essere realizzata senza un prodigioso investimento economico in infrastrutture, attrezzature e, specialmente, personale qualificato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovanni de Simone

già professore ordinario Medicina Interna

Università Federico II Napoli

