

La lezione per il Nord e il resto d'Italia: se tagli i posti letto devi potenziare il territorio

Mai veramente decollata la rete regionale dei medici di famiglia

Sara Monaci
MILANO

Fin troppo facile dire che qualcosa è andato storto in Lombardia. Nelle settimane del Covid-19 le debolezze di una riforma sanitaria non decollata (con team di medici di famiglia, che oggi sarebbero tornati tanto utili) si mescolano alla fatalità e agli allarmi non ascoltati. Proviamo a ricostruire cosa è successo e cosa questa vicenda potrebbe insegnare.

Prima di tutto un dato di partenza. Nessun territorio in Italia è stato travolto dal virus come la Lombardia, dove i contagiati accertati sono stati finora 50 mila, quasi la metà del totale italiano (verosimilmente sono molti di più considerando gli asintomatici), con 8.700 morti. Ma proprio la diffusione del contagio ha fatto emergere che la riforma voluta dall'ex governatore Roberto Maroni, e poi ereditata da Attilio Fontana, non è arrivata a colmare il distacco tra ospedali e medici sul territorio, i cosiddetti cronici, che in Lombardia sono 3 milioni e succhiano mediamente il 70% delle risorse. Perlopiù si tratta di persone anziane, oggi le più colpite dal virus, che proprio tra loro miete vittime.

Una riforma a metà

Lo spirito della riforma, avviata nel 2014 ma iniziata di fatto solo nel 2018

guire questi pazienti con malattie meno gravi ma persistenti.

Queste unità socio-sanitarie sono inserite all'interno delle stesse strutture ospedaliere, che continuano al contempo a seguire anche gli "acuti", i malati occasionali che hanno bisogno di prestazioni di eccellenza. Ma la "doppia" corsia fa fatica a decollare. Dovevano nascere cooperative di dottori di medicina generale per la presa in carico delle patologie, ovvero pool di dottori di primo livello che facessero da filtro evitando che i malati si recassero per ogni esigenza nei pronti soccorsi, oggi invece presi d'assalto e divenuti per questo veri e propri focolai.

Il principale problema della riforma mancata è che solo la metà dei medici di base ha aderito, nonostante gli incentivi economici: 15 euro per ogni piano assistenziale individuale; 35 euro circa per ogni paziente seguito nelle visite. I pazienti che partecipano al programma, su 3 milioni di cronici, sono circa 360 mila, circa il 12-13%.

«Alcune aree - spiega l'assessore al Welfare Giulio Gallera - hanno risposto meglio, come Lecco, Mantova e Cremona, altre peggio, come Milano, dove i medici generalisti che hanno aderito sono solo il 30%. Ma c'è bisogno di tempo perché la riforma cambia paradigma».

Cosa accade nelle altre Regioni? In Emilia Romagna e in Toscana ci sono le Case della salute, luoghi fisici dove i medici si riuniscono, dagli specialisti ai dottori generalisti. Questo ha aiutato a supportare l'idea della presa in cura. Ma in gran parte il territorio è

Anche in tutto il Paese a fronte della chiusura di 200 ospedali si doveva investire di più sull'altra assistenza

pazienti acuti, ma diventata sbagliata perché nel frattempo non si è pensato anche di potenziare il territorio per aiutare pazienti fragili e cronici - in particolare anziani - con equipe di medici di famiglia, case della salute, ospedali di comunità e infermiere di famiglia. Una macchina, questa, che se fosse stata a regime oggi avrebbe sicuramente dato una mano nell'evitare l'ospedalizzazione di tanti malati Covid, spesso arrivati in pronto soccorso in condizioni già molto critiche. Forse il bilancio dei morti sarebbe stato meno pesante. Non è un caso che ora le Regioni, compresa la Lombardia, stia correndo a creare le Unità speciali anti Covid (le «Usca» previste dal decreto Sanità). Si tratta in pratica dell'applicazione di quella filosofia a lungo dimenticata: snelle equipe mediche che vanno di porta in porta a monitorare e assistere i malati lievi per evitare che peggiorino.

Il piano pandemico dimenticato

In caso di pandemia il sistema sanitario, sulla base del Piano pandemico del 2010, dovrebbe munirsi di dispositivi per proteggere i dottori del territorio. Che invece, in queste settimane, sono spesso rimasti privi di mascherine e guanti. Un problema anche per quei medici che hanno aderito alla riforma e seguito i pazienti da casa.

Secondo il piano si dovrebbe identificare e descrivere rapidamente i casi influenza; minimizzare il rischio di trasmissione; ridurre l'impatto sui servizi sanitari e sociali; garantire la formazione. Ma questi aspetti sono

aveva pensato ad una scorta. Questa carenza sta già facendo riflettere la politica sulla necessità di abbandonare una globalizzazione spinta, assicurando a livello nazionale le produzioni indispensabili.

La capacità di reagire

Eppure in queste settimane dal territorio è emersa anche la capacità di reagire. La Lombardia, in parte insieme al Veneto, è stata la più colpita ma anche la prima a gridare allo Stato la necessità di intervenire rigidamente. Dopo la scoperta del primo caso il 21 febbraio, il governo ha fatto invece fatica a capire. È stata creata subito una zona rossa intorno a Codogno, ma solo 10 giorni dopo una zona arancione in tutta la Lombardia e in altre 13 province. Palazzo Lombardia spingeva invece per una zona rossa anche nella bergamasca, ma l'allarme è stato inascoltato, con le tragiche conseguenze delle settimane successive.

Di fronte all'emergenza la Lombardia ha reagito creando, a contagio già avanzato, quanti più posti possibili di terapia intensiva. Si è passati da 724 letti iniziali, tra pubblico e privato, a 1.600. Prima cercando di convertire parte delle sale operatorie, poi sfruttando ogni angolo di ospedale, recuperando edifici dismessi e facendo arrivare respiratori dalla Cina. Infine sospendendo in molti ospedali l'attività ordinaria per riconvertire in fretta le prestazioni. Un lavoro senza tregua.

In più in due settimane gli ex padiglioni della Fiera di Milano si sono trasformati in un hub per la terapia in-



Risposta insufficiente

le (-16%
uscita in
ver sono
ate sulla
tato, così
che ogni
l del fon-
negozia-
li. A rias-
n'analisi
zio studi
a illumina-
o del di-
iti impe-
agli» del
regiona-
i la spesa
6 a 116,4
to medio
mentre il
uscita in
linamica
ello della
ta all'an-
2000 e
lurato fi-
viato nel
n i fondi
0.
entro de-
sono al-
ese, che
a spera-
li gover-
alla sini-
"strane"
loverdi e
loscopio
ielle col-
rispetto
ccuse in-
fore.com
ONE RISERVATA



Orlando. «Dopo la crisi bisognerà pensare se è il caso di far tornare la sanità in capo allo Stato» dice il vicesegretario del Pd Orlando. La proposta è stata applaudita dal Cinque stelle

Fin troppo facile dire che qualcosa è andato storto in Lombardia. Nelle settimane del Covid-19 le debolezze di una riforma sanitaria non decollata (con team di medici di famiglia, che oggi sarebbero tornati tanto utili) si mescolano alla fatalità e agli allarmi non ascoltati. Proviamo a ricostruire cosa è successo e cosa questa vicenda potrebbe insegnare.

Prima di tutto un dato di partenza. Nessun territorio in Italia è stato travolto dal virus come la Lombardia, dove i contagiati accertati sono stati finora 50 mila, quasi la metà del totale italiano (verosimilmente sono molti di più considerando gli asintomatici), con 8.700 morti. Ma proprio la diffusione del contagio ha fatto emergere che la riforma voluta dall'ex governatore Roberto Maroni, e poi ereditata da Attilio Fontana, non è arrivata a colmare il distacco tra ospedale e malati sul territorio, i cosiddetti cronici, che in Lombardia sono 3 milioni e succhiano mediamente il 70% dell'risorse. Per di più si tratta di persone anziane, oggi le più colpite dal virus, che proprio tra loro iniete vittime.

Una riforma a metà
Lo spirito della riforma, avviata nel 2015 ma iniziata di fatto solo nel 2018, è la creazione di una rete territoriale di dottori di medicina generale che seguano i pazienti con malattie croniche direttamente a casa, indirizzandoli verso i controlli più adeguati, accertandosi delle medicine e programmando per loro gli appuntamenti: questo percorso si chiama "presa in carico". Sarebbero le Asst, ovvero le vecchie Asl divenute ora Aziende socio sanitarie territoriali, a dover se-

lenza. Ma la "doppia" corsia fa fatica a decollare. Dovevano nascere cooperative di dottori di medicina generale per la presa in carico delle patologie, ovvero pool di dottori di primo livello che facessero da filtro evitando che i malati si recassero per ogni esigenza nei pronti soccorsi, oggi invece presi d'assalto e divenuti per questo veri e propri focolai.

Il principale problema della riforma mancata è che solo la metà dei medici di base ha aderito, nonostante gli incentivi economici: 15 euro per ogni piano assistenziale individuale; 35 euro circa per ogni paziente seguito nelle visite. I pazienti che partecipano al programma, su 3 milioni di cronici, sono circa 160 mila, circa il 12-13%.

«Alcune aree - spiega l'assessore al Welfare Giulio Gallera - hanno risposto meglio, come Lecco, Mantova e Cremona, altre peggio, come Milano, dove i medici generalisti che hanno aderito sono solo il 30%. Ma c'è bisogno di tempo perché la riforma cambia paradigma».

Cosa accade nelle altre Regioni? In Emilia Romagna e in Toscana ci sono le Case della salute, luoghi fisici dove i medici si riuniscono, dagli specialisti ai dottori generalisti. Questo ha aiutato a supportare l'idea della presa in cura. Ma in generale il territorio è l'obiettivo a cui dovrebbero guardare tutte le Regioni. Oggi è fatalmente più chiaro. Ed è una lezione importante per il futuro del Ssn dopo gli errori del passato: nonostante il territorio sia ormai evocato da oltre un decennio, cioè da quando in tutta Italia sono stati tagliati 200 ospedali e 45 mila posti letto. Un'operazione di razionalizzazione sensata per la concentrazione negli ospedali delle emergenze e dei

Doveva investire di più sull'altra assistenza



Risposta insufficiente.
Per l'assessore al Welfare Giulio Gallera sulla riforma «alcune aree hanno risposto meglio, altre peggio, come Milano, dove ha aderito solo il 30% dei medici»

se fosse stata a regime oggi avrebbe sicuramente dato un mano nell'evitare l'ospedalizzazione di tanti malati Covid, spesso arrivati in pronto soccorso in condizioni già molto critiche. Forse il bilancio dei morti sarebbe stato meno pesante. Non è un caso che ora le Regioni, compresa la Lombardia, stia correndo a creare le Unità specialianti Covid (le «Usca» previste dal decreto Sanità). Si tratta in pratica dell'applicazione di quella filosofia a lungo dimenticata: snelle équipe mediche che vanno di porta in porta a monitorare e assistere i malati lievi per evitare che peggiorino.

Il piano pandemico dimenticato
In caso di pandemia il sistema sanitario, sulla base del Piano pandemico del 2010, dovrebbe munirsi di dispositivi per proteggere i dottori del territorio. Che invece, in queste settimane, sono spesso rimasti privi di mascherine e guanti. Un problema anche per quei medici che hanno aderito alla riforma e seguito i pazienti da casa.

Secondo il piano si dovrebbe identificare e descrivere rapidamente i casi influenza; minimizzare il rischio di trasmissione; ridurre l'impatto sui servizi sanitari e sociali; garantire la formazione. Ma questi aspetti sono stati sottovalutati in Lombardia, in Italia e in tutta Europa.

La Lombardia ha avuto la sfortuna di essere la regione più colpita, e in un piccolo centro come Codogno, dove è emerso il primo caso riconosciuto, per molti giorni non si è data importanza a un incremento insolito delle polmoniti.

Per quanto riguarda le mascherine, tutto il paese ha mostrato la sua lacuna: non aveva immaginato e non

Eppure in queste settimane dal territorio è emersa anche la capacità di reagire. La Lombardia, in parte insieme al Veneto, è stata la più colpita ma anche la prima a gridare allo Stato la necessità di intervenire rigidamente. Dopo la scoperta del primo caso il 21 febbraio, il governo ha fatto invece fatica a capire. È stata creata subito una zona rossa intorno a Codogno, ma solo 10 giorni dopo una zona arancione in tutta la Lombardia e in altre 13 province. Palazzo Lombardia doveva invece per una zona rossa anche nella bergamasca, mal'allarme è stato inascoltato, con le tragiche conseguenze delle settimane successive.

Di fronte all'emergenza la Lombardia ha reagito creando, a contagio già avanzato, quanti più posti possibili di terapia intensiva. Si è passati da 724 letti iniziali, tra pubblico e privato, a 1.600. Prima cercando di convertire parte delle sale operatorie, poi sfruttando ogni angolo di ospedale, recuperando edifici dismessi e facendo arrivare respiratori dalla Cina. Infine sospendendo in molti ospedali l'attività ordinaria per riconvertire in fretta le prestazioni. Un lavoro senza tregua.

In più in due settimane gli ex padiglioni della Fiera di Milano si sono trasformati in un hub per la terapia intensiva e sub intensiva da 250 posti, grazie alle donazioni superiori ai 20 milioni e alla sinergia di società pubbliche e private. Rimarrà in piedi almeno per altri sei mesi, anche al servizio delle altre regioni. Sono stati reclutati in poche settimane migliaia di operatori sanitari, arrivati soprattutto da Cina, Russia, Cuba. Anche la solidarietà è una lezione da imparare ai tempi del coronavirus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA