

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri. Potete inviare le vostre osservazioni ai documenti scrivendo a: redazione@quaderniacp.it. Le vostre lettere verranno pubblicate sul primo numero utile.

Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia

Commento a cura di Giorgio Tamburlini

Pediatra, CSB Centro per la Salute del Bambino onlus

Non c'è dubbio che si tratta di una lettura consigliabile, per aprire la mente a una serie di concetti a cui siamo tutti poco avvezzi, riannodare i fili di una storia incompiuta, quella della Primary Health Care, e misurarsi con alcune sfide, come quelle della partecipazione dei cittadini alle scelte o quella della formazione permanente.

Detto questo, temo di dover dire che si tratta di un documento non sufficiente a indirizzare la pratica, che sia quella di chi opera nei servizi, o li dirige, o quella di chi si propone di cambiare leggi, norme, organizzazioni: si libra infatti nel cielo senza tenere almeno i piedi in terra, non identifica alcuni punti nodali o li identifica ma non propone soluzioni con sufficiente precisione. Seguo l'indice del documento per comodità espositiva.

1. Territorializzare le Cure Primarie. Il titolo in realtà è pleonastico, le cure primarie devono essere e in buona parte sono già territoriali. Si tratta piuttosto di: **a)** rafforzarle con una dotazione adeguata di personale (i numeri qui sono fondamentali: occorre qui indicare quali profili sono necessari per coprire quali funzioni, e tra questi indicare quali figure mediche e quali professionalità non mediche, con un forte investimento su queste ultime se si intende davvero "territorializzare" nel senso di portare i servizi "vicino" ai cittadini; **b)** assicurare un governo competente delle stesse.

2. Partecipazione della Comunità. Abbiamo vissuto il fallimento delle forme partecipative propuginate nei decenni trascorsi. Invocare la partecipazione non serve. Si tratta di vedere se si intende il maggiore coinvolgimento consapevole dei singoli, che è responsabilità del professionista o dell'èquipe di cui fa parte, ed è tema da affrontare in termini di formazione dei professionisti della salute; oppure il coinvolgimento dei cittadini, delle comunità, nella gestione e nell'indirizzo dei servizi, e allora serve indicare quale sia il livello più adatto (la casa della salute/comunità? Il Distretto? L'Azienda?). Non tutti, per favore

3. Governance e coordinamento. Per governare, o anche solo coordinare, occorrono non solo formule ma capacità. Abbiamo una grave carenza di capacità di governo dei servizi di salute, soprattutto a livello territoriale. Dove si formano i dirigenti? Come si selezionano? Non abbiamo percorsi di formazione adeguati (dopo un tentativo della Ministra Bindi - abortito perché qualcuno, temo di dover dire non lontano da alcune ispirazioni politiche che hanno concorso alla stesura di questo documento ha fatto cadere quel governo - di creare una scuola, giustamente concepito come un consorzio di centri dove ci si poteva formare con moduli teorici ma soprattutto con stage pratici) e la selezione avviene fondamentalmente con criteri di appartenenza politica.

4. Potenziare il distretto sociale e sanitario. Fondamentale: dove il Distretto esiste non solo come centro amministrativo e burocratico



ma come hub di servizi, idealmente anche come sede delle CdS/C cosiddette "hub" le cose funzionano: l'utente "fa le carte" (e le riceve) nello stesso luogo dove trova anche molti dei servizi fondamentali. Ovvio che qui va sviluppata sempre più l'informatizzazione, anche in termini di telemedicina almeno per alcuni esami, referti, ecc. Ma qui, come sul punto 1, va affrontato il tema cruciale dell'organizzazione e delle modalità contrattuali di MMG e PLS, che non può restare quello attuale, che lascia MMG e PLS liberi di essere monadi disperse e solitarie, ma padrone di fare quello che vogliono, senza monitoraggio, valutazione, confronto. In altra sede ("Senza Confini. Come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze") abbiamo sostenuto con forza la pediatria di gruppo, vera, sostanziale, supportata da personale sia di segreteria che infermieristico; ma sia che si tratti di incentivare fortemente questo modello, che può essere applicato ad almeno tre quarti se non di più del territorio, sia che si tratti di trovare il modo di adattare la medicina di famiglia alle zone più disperse in termini di popolazione, il contratto va reso molto più

cogente sui requisiti, senza per questo dovere necessariamente arrivare alla dipendenza.

5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità. È questo uno dei punti “peggiori” del documento, dove si vuole toccare il cielo senza adeguate basi e tra l’altro anche con concetti a mio avviso errati. Dove si dice ad esempio che la casa della Comunità, differentemente dalla casa della salute (avevamo appena iniziato a fare queste, in solo alcune parti del paese e con ancora molte criticità da risolvere, e già si vuole andare avanti??) deve realizzare l’inclusione, la giustizia sociale, l’equità, si compie un errore ideologico. Questo è compito del territorio del suo insieme, dei diversi settori (sociale, educativo, ambientale, culturale urbanistico)! Perché mai dovrebbe essere una articolazione del sistema sanitario a risolvere i problemi sociali educativi ambientali. Il sistema sanitario deve integrarsi, deve collaborare, deve parlare con gli altri settori, non inglobarne la missione.

6. Domiciliarità e Cure Intermedie. Condivisibile, richiede una continuità tra servizi collocati a diversi livelli e una capacità di dialogo e integrazione. Dipende quindi in buona parte da come si risolvono sia i punti precedenti che il successivo.

7. Formazione e ricerca in Cure Primarie. Ecco un aspetto cruciale. Pensate un po’: se tutti i professionisti, sia a livello territoriale che ospedaliero operassero come alcuni che conosco, non occorrerebbe alcun libro azzurro, si farebbe già un buon 80% di quanto è auspicato. Quindi la formazione dei professionisti, quella dei dirigenti e i meccanismi di selezione degli uni e degli altri è aspetto prioritario e cruciale. La questione deve riguardare i centri di alta formazione, che quando si tratta di profili immediatamente professionalizzanti non può essere lasciata solo agli accademici, ovvero la selezione e la composizione dei corpi accademici va rivista tenendo presente quali sono gli obiettivi formativi e le funzioni che si intende svolgere con qualsiasi figura professionale.

Nel complesso, manca un’analisi dei processi e degli step necessari per passare dalla realtà attuale a quanto si prospetta (nella gran parte dei casi giustamente) nel *Libro Azzurro* come modo di essere e filosofia dei servizi. Se dovessi indicare i passi prioritari, sarebbero tre: i percorsi di formazione curricolare, la formazione e selezione dei dirigenti e la modifica sostanziale della contrattualizzazione dei MMG e PLS. Purtroppo sono proprio gli aspetti sui quali la politica ha sacro timore di mettere mano.