

6. Il ruolo dei medici nella gestione della sanità a livello locale

Filippo Anelli, Michele Bozzi

Premesse

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) è un ente pubblico non economico, agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale.

In tal senso, l'OMCeO di Bari ha avviato una stretta collaborazione con gli Enti Locali e i Comuni della Provincia di Bari attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa per la definizione degli ambiti e delle modalità di interazione.

I Medici Fiduciari nella provincia di Bari: la storia e le prospettive

Già da tempo in seno al Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Bari si è sviluppata una riflessione sul nuovo ruolo che i medici Fiduciari dell'Ordine di Bari, presenti in ogni Comune, avrebbero dovuto assumere per meglio tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione medica. L'iniziativa era tesa a superare una visione romantica del medico fiduciario, sino ad allora considerato solo il rappresentante nel Comune dei medici residenti per gli aspetti legati al rapporto tra colleghi, per affidargli un ruolo diverso e più incisivo e interpretare in maniera più ampia i compiti che la legge affida all'OMCeO correlandosi ai bisogni di salute della intera comunità di riferimento. Un nuovo ruolo capace di essere non solo intermediario ma anche interprete delle esigenze di salute dei cittadini, in quanto comunità, nei confronti delle amministrazioni comunali dando piena attuazione anche all'art. 5 del codice deontologico sul tema salute-ambiente.

Buona parte dei medici fiduciari svolge le funzioni di medico di famiglia o pediatra di libera scelta. Una circostanza questa che fa-

cilita il compito assegnato in quanto l'attività professionale è svolta proprio nel contesto socio-economico, organizzativo, culturale della propria comunità, mettendo il medico fiduciario nelle condizioni migliori di interpretare i bisogni di salute della propria realtà locale e di interloquire efficacemente con le amministrazioni locali. Non solo, ma la rete dei medici fiduciari e degli amministratori che hanno sottoscritto il protocollo di intesa consente un continuo scambio di informazioni e di opinioni che migliorano e orientano le scelte politico-amministrative delle amministrazioni comunali.

Tale esperienza mostra come una rete di medici sul territorio, in stretta collaborazione con gli enti locali, possa essere efficace e utile anche per gli aspetti di tutela ambientale, validando in qualche maniera il progetto teso a istituire una Rete di Medici Sentinella per l'ambiente, cioè un sistema di sorveglianza in grado di monitorare il quadro epidemiologico sul territorio, interagendo in maniera attiva e continua con le istituzioni all'uopo deputate.

Il regolamento dei Medici Fiduciari

Il Regolamento sui Fiduciari dell'OMCeO di Bari, unico nel suo genere, prevede la presenza di un Medico Fiduciario in ognuno dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana, affidandogli, tra gli altri, il compito di collaborare con i rispettivi Sindaci per le attività di promozione della salute, di tutela del benessere dei cittadini e di prevenzione primaria e secondaria di eventi e condizioni ambientali che possono costituire un rischio, anche potenziale, per la popolazione. I medici interessati, per la loro preparazione, per la loro conoscenza del territorio, per il loro rapporto di fiducia con gli assistiti sono gli artefici di una nuova visione della professione medica che guarda alla salute non solo come bene del singolo cittadino, ma dell'intera comunità, più vicina al territorio ed alle sue necessità.

Il rapporto tra l'OMCeO, attraverso i suoi medici fiduciari, e i Comuni è regolato da un Protocollo d'Intesa sottoscritto dal Presidente dell'Ordine di Bari e da ogni singolo Sindaco che disciplina la collaborazione, lo scambio costante e reciproco di informazioni per garantire un migliore coordinamento delle attività in materia di politiche ambientali e di tutela del diritto alla salute, con particolare

attenzione alla prevenzione di condizioni di contagio, di comportamenti che possono determinare disturbi e stati patologici (abusi, inquinamento, alimentazione).

La Formazione dei Medici Fiduciari alla base del modello organizzativo della rete dei Medici Fiduciari

Un'attività fondamentale per rendere efficace l'azione dei fiduciari, soprattutto nei rapporti con le amministrazioni locali ed i Sindaci, è la formazione.



L'OMCeO di Bari con il suo coordinatore dei Fiduciari ha avviato un percorso formativo, in collaborazione con altre associazioni operanti nel settore ambientale (ISDE, Rete Nazionale Citta Sane) al fine di consentire ai medici e agli amministratori locali di poter acquisire conoscenze e competenze sui temi di comune interesse. L'emergenza COVID-19, ha permesso di sperimentare l'efficacia di questo modello organizzativo basato sull'azione dei medici fiduciari e sul rapporto con le amministrazioni locali.

L'emergenza COVID-19 e la rete dei Medici Fiduciari

Con la dichiarazione di emergenza pandemica, il coordinamento delle componenti del Servizio Nazionale della Protezione Civile, avviene, ai vari livelli territoriali e funzionali, attraverso il cosiddetto 'metodo Augustus', che permette ai rappresentanti di ogni 'funzione operativa' (sanità, volontariato, telecomunicazioni, ...) di interagire direttamente tra loro ai diversi 'tavoli decisionali' e nelle sale operative dei vari livelli come il Centro Coordinamento dei Soccorsi (CCS), il Centro Operativo Comunale (COC) ed il Centro Operativo Misto (COM), avviando così in tempo reale processi decisionali collaborativi.

In questo contesto emergenziale, Il Sindaco, primo responsabile sanitario del comune, per assicurare, nell'ambito del proprio territorio comunale, la direzione ed il coordinamento dei servizi di soccorso e di assistenza alla popolazione, procede alla attivazione del Centro Operativo Comunale (COC) ed individua i responsabili di ogni funzione (tecnica, sanità, assistenza alla popolazione, materiali, servizi, ecc).

Novità assoluta, prevista proprio nel Protocollo d'Intesa, è stata l'inserimento nei COC del Fiduciario Comunale, a cui i sindaci hanno attribuito il compito di supportarli nelle decisioni di natura sanitaria e di rappresentare la rete dei MMG e PLS del proprio comune.

In considerazione delle notevoli differenze tra i vari territori, le proposte sempre condivise in rete tra i fiduciari ed effettivamente attuate, sono state numerose:

1. servizio di ascolto e orientamento per i cittadini al fine di dare informazioni varie relativamente alla pandemia (informazione e chiarimenti sui provvedimenti emanati dalle autorità competenti e sulla gestione delle eventuali situazioni di emergenza)
2. supporto psicologico alle persone più fragili
3. distribuzione dispositivi di protezione individuali a persone a rischio
4. distribuzione di termometri e saturimetri a pazienti in isolamento
5. modalità di prescrizione dei farmaci (limitando afflusso agli studi)
6. consegna farmaci al domicilio (in particolare rivolto alle persone anziane, con disabilità o comunque in isolamento)
7. creazione canale di comunicazione su stampa locale e social media
8. collaborazione con l'assessorato all'ambiente del proprio comune per la raccolta e smaltimento dei rifiuti nelle abitazioni di pazienti covid positivi o in isolamento

9. registro per il monitoraggio delle persone in isolamento
10. misure di sanificazione in ambienti a rischio
11. monitoraggio dei trasporti sanitari

L'elemento che ha reso efficace il nuovo impegnativo compito, è stata la creazione di una rete di coordinamento ed informazione tra tutti i medici operanti nel territorio (MMG E PLS) del proprio comune. Questa "rete", tra l'altro ha consentito di organizzare in maniera coordinata il monitoraggio delle persone in isolamento fiduciario, di identificare in tempi brevi i soggetti sospetti, di organizzare il tracciamento degli eventuali contatti.



Conclusioni

Quanto sopra descritto è stato effettivamente realizzato in 40 dei 41 Comuni dell'Area Metropolitana coinvolgendo 744 MMG e 125 PLS che avevano la responsabilità di 913.000 abitanti e dimostrando il ruolo strategico che il Fiduciario Comunale può svolgere nel proprio Comune gestendo la rete dei MMG e PLS, i soli realmente informati delle priorità sanitarie del proprio territorio e sulla popolazione più fragile.

L'interlocuzione sempre più stretta con il Sindaco e le Amministrazioni Comunali può consentire la creazione di migliori modelli organizzativi socio-sanitari aderenti alle necessità del proprio territorio.

7. La Salute e le sfide globali attuali e future. Emergenze ed opportunità. Quale ruolo della PHC?

Paolo Lauriola

Di fronte all'immane cataclisma che si è abbattuto sulle popolazioni di tutto il mondo, è inevitabile che tutti ci siamo chiesti: "ma non si poteva evitare tutto questo?", "quali sono le cause che hanno determinato questa reazione a catena che ha sconvolto, politiche, economie, vite, speranze, abitudini?", "cosa non ha funzionato nella risposta a questa emergenza" e soprattutto "e se dovesse capitare qualche cosa di simile...?".

Dopo una prima fase di terrore e smarrimento, è subentrata l'esigenza di capire, ma anche e soprattutto di reagire. Occorre cioè organizzarsi rapidamente, e in tutto il mondo, per far fronte all'emergenza per contenere al massimo i danni e poi, e non ultimo, per trarre un insegnamento per il futuro.

In questa prospettiva, questo contributo nasce dalla profonda convinzione che la *Salute* non può essere un mero "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" individuale e collettivo, ma è il risultato dell'intima e dinamica relazione tra uomo, natura e società. In altre parole, se da una parte esistono cause sociali e naturali, che sono alla base degli squilibri che poi si manifestano con malattie e morti, la *Salute* influisce in modo cruciale sulla possibilità di migliorare ed estendere il benessere economico e sociale.

Inoltre si è fortemente convinti che l'oggetto "dell'assistenza" è la *persona* nella sua interezza fisica, emotiva e sociale e quindi, se la cosiddetta Assistenza Primaria (in inglese Primary Health Care - PHC), sarà realmente protagonista in un contesto di sanità pubblica (letteralmente la "salute di tutti") (1), essa potrebbe essere la chiave per una Sanità più efficace per l'individuo e la comunità nel senso più ampio.

Cosa ci ha insegnato la Pandemia

La pandemia da COVID-19, più che sollevare interrogativi nuovi, ha messo in evidenza tematiche che erano ben evidenti già da tempo:

- **La Crisi Climatica:** già prima ci si chiedeva se un'economia basata sui consumi individuali, potesse far fronte a bisogni collettivi. Siamo immersi in un'economia violenta, basata su una concezione della vita, che mette l'uomo (in particolare maschio e adulto) al centro dell'universo, con un rapporto di dominio e sfruttamento verso il resto del creato: animali, vegetali e minerali considerati solo come "risorse" da utilizzare a suo vantaggio. Alcune espressioni di questa economia violenta sono:
 - la crescente concentrazione della ricchezza in una minoranza di popoli (il Nord del mondo) e, al loro interno, in una minoranza della popolazione; con conseguenti migrazioni di massa dal Sud al Nord e dall'Est verso l'Ovest del mondo;
 - il mito del mercato e la divinizzazione della competizione come regola aurea a cui sottostare, con conseguenti guerre per il possesso delle risorse, dalle fonti energetiche fossili all'acqua;
 - l'ideologia del consumismo e dello spreco usa-e-getta, come volano dello "sviluppo" (2);
- **La globalizzazione** e i rapporti tra realtà economico-sociali molto differenti: come affrontarla? L'economista Dani Rodrik nel 1997 ha scritto un libro che prevedeva gli effetti della globalizzazione nei paesi ricchi: *Has Globalization gone so far?* Il problema non sono la globalizzazione o l'innovazione, il problema sono le politiche per affrontarle (3). Già all'inizio della pandemia diversi osservatori rilevavano che "Oggi una forma di globalizzazione senza regole del libero mercato, con la sua propensione per crisi e pandemie, sta morendo. Ne sta nascendo un'altra, che riconosce l'interdipendenza e il primato dell'azione collettiva basata sull'evidenza dei fatti" (4). Più in particolare "l'epidemia di Covid-19 non dimostra solo i limiti della globalizzazione dei mercati, ma anche quelli ancora più letali del populismo nazionalista, che insiste sulla piena sovranità dello stato", in altre parole "La crisi attuale dimostra che la solidarietà e la collaborazione globale sono nell'interesse di tutti, e sono l'unica cosa razionale ed egoista da fare" (5).

- Ed infine **le disuguaglianze**, che già prima erano al centro dell'agenda politica. Infatti già prima del COVID-19 era evidente che l'impatto legato alle condizioni prima ricordate (crisi climatica, globalizzazione) consisteva in un elevato numero di malattie croniche. Ma tutto questo assumeva un rilievo estremamente grave in conseguenza della diseguale distribuzione delle risorse economiche tra persone e popoli.

Anche con il COVID-19 si è visto che bassi livelli economici sono associati a cattive condizioni di vita lavorativa, minore accesso ai servizi (soprattutto sanitari), alla mobilità e alla gravità di condizioni di salute preesistenti associate alla deprivazione, che a loro volta possono influenzare la distribuzione dei casi e una maggiore gravità della malattia.

Tra l'altro il COVID-19 decorre in buona parte della popolazione in maniera a- o pauci-sintomatica, mentre assume i caratteri di estrema gravità quando interagisce con una serie di malattie non trasmissibili (ipertensione, malattie cardiocircolatorie, diabete, ...), specialmente in gruppi di popolazione caratterizzati da condizioni economiche e sociali di grave disagio e di povertà. Pertanto all'interno di tale approccio epistemologico, la COVID-19 non dovrebbe essere identificata come una pandemia, ma come una "Sindemia", concetto introdotto dall'antropologa americana Merril Singer nel 1990 (6) e cioè che COVID-19 peggiora le patologie croniche e le patologie croniche peggiorano COVID-19.

A fronte di queste premesse la lotta contro il COVID-19 ci ha rivelato le disastrose conseguenze del ridimensionamento dei servizi pubblici per ridurre la spesa dello Stato. In particolare per quanto riguarda la spesa sanitaria in Italia, secondo la Fondazione Gimbe, negli ultimi dieci anni sono stati tagliati circa 37 miliardi di euro di aumenti di spesa sanitaria previsti. Nel 2012, per esempio, il governo Monti annunciò un taglio della spesa sanitaria prevista per i tre anni successivi pari a circa 25 miliardi di euro. Dal 2015 al 2019 altri 12 miliardi di aumenti previsti (sia per pareggiare l'inflazione, sia per adeguare il sistema alle nuove necessità) sono stati cancellati. Questi tagli, in genere, sono stati giustificati con la necessità di mantenere un bilancio equilibrato e di eliminare sprechi e inefficienze (7).

In effetti se si guarda l'andamento della composizione della spesa negli ultimi 20 anni si è assistito ad una riduzione nominale e reale della spesa per il personale, mentre è aumentata la spesa farmaceutica dovuta in parte all'acquisto di costosi farmaci innovativi ed in parte ad una rimodulazione della spesa, passata dalla farmaceutica convenzionata all'acquisto diretto dei prodotti farmaceutici. A questo fenomeno si è aggiunta una crescita delle altre componenti dei consumi intermedi slegati dalla spesa farmaceutica (8).

In conclusione negli ultimi due decenni la spesa sanitaria non ha rappresentato una priorità per i governi che si sono succeduti, se non come settore nel quale era possibile risparmiare rendendolo più efficiente. Nonostante il fabbisogno di cure mediche del paese sia aumentato, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la spesa sanitaria è rimasta più o meno stabile per un decennio, per poi ridursi sia sul totale del PIL che in termini assoluti, tenendo quindi conto dell'inflazione, e questo nonostante fosse già in partenza inferiore a quella di altri paesi europei, come Francia e Germania. Cionondimeno l'Italia mantiene una delle posizioni più alte nelle classifiche sanitarie mondiali e ha una delle aspettative di vita più elevate del mondo sviluppato.

Da un punto di vista organizzativo si è inoltre assistito ad uno sviluppo di sistemi sanitari regionali sempre più centrati sugli ospedali di eccellenza (pubblici o privati che siano), in cui progressivamente viene sguarnito il territorio sia dei "piccoli" ospedali che dei presidi territoriali necessari. Col risultato che il cittadino si è abituato, per problemi che eccedano la normalità, a intasare i pronto soccorso degli ospedali, saltando a piè pari la medicina di famiglia (medici di medicina generale e pediatri di famiglia).

In altre parole, con la pandemia da COVID-19 è emersa con grande forza la necessità di un forte investimento nei Servizi sanitari pubblici e di un approccio che valorizzi tutte le competenze in campo, puntando con chiarezza ad una stretta collaborazione tra: assistenza ospedaliera, cure primarie e presidi di prevenzione.