

12. La riforma della medicina territoriale: perché è necessaria e quali sono gli ostacoli da affrontare

Stefano Celotto, Alessandro Mereu

Il PNRR è stato presentato in un momento particolare per l'Italia. Particolare per molteplici ragioni, vista la recente emergenza COVID e vista la necessità di redistribuire risorse, economiche ed umane, nell'affrontare l'epidemia più severa che la nostra storia recente abbia conosciuto. Tuttavia la particolarità del momento sta soprattutto nella tendenza demografica della popolazione italiana, tanto per quanto riguarda i cittadini quanto per quanto riguarda i medici.

Demografia dei medici e dei pazienti

La popolazione italiana sta progressivamente aumentando per età e, conseguentemente, per complessità clinica. Secondo le stime ISTAT, le persone con più di 65 anni rappresentano attualmente oltre un terzo della popolazione con un'età media che ha ormai superato i 45 anni. La piramide demografica ormai ha preso quasi la forma di un rombo, con un calo di natalità solo parzialmente compensato dalla popolazione giovane che giunge in Italia tramite flussi migratori. D'altra parte, se ragioniamo rispetto ad una riforma della sanità territoriale attesa da 40 anni e che duri nel tempo, non possiamo immaginare di basare le nostre proposte sull'attuale popolazione, ma occorre ragionare in prospettiva. Vediamo quindi che la distribuzione demografica che ci aspettiamo nell'anno 2040, salvo sconvolgimenti del calibro di guerre o nuove crisi sanitarie, ha la forma di una piramide rovesciata, dove la maggioranza della popolazione si concentra nettamente nelle età più avanzate.

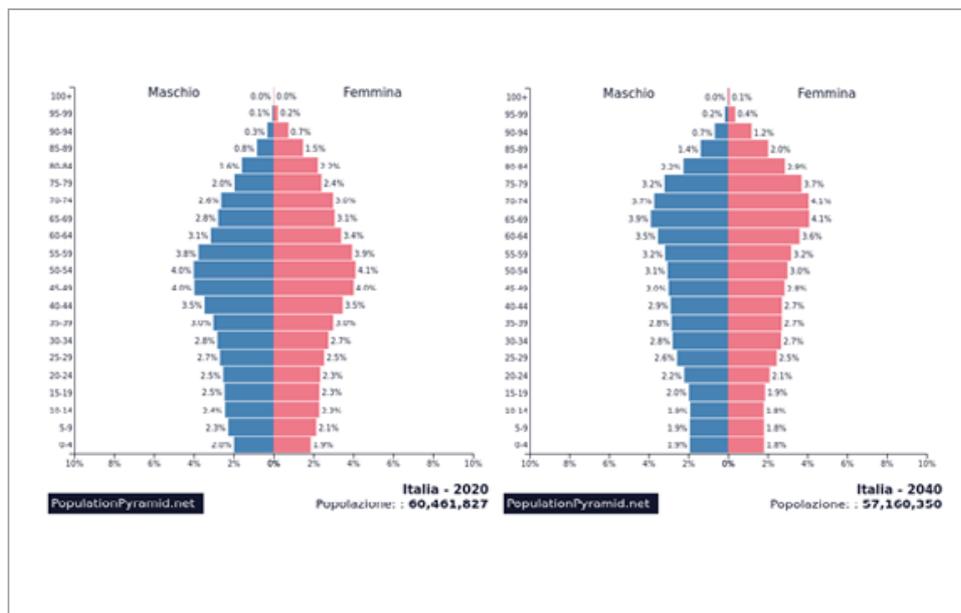


Figura 1 - Rappresentazione della popolazione italiana e distribuzione per fasce d'età relative agli anni 2020 e 2040 – Fonte: <https://www.populationpyramid.net/italy/>

Parallelamente all'invecchiamento della popolazione, aumenta anche il carico clinico ed assistenziale da fornire alla popolazione. Infatti sono progressivamente aumentate le incidenze di patologie croniche e degenerative e conseguentemente anche le necessità di rivolgersi ai servizi di Cure Primarie per i propri bisogni di salute. I contatti dei Medici di Famiglia con i propri assistiti sono cresciuti di oltre il 40% dal 2009 al 2018 superando quota 15000 all'anno di media (1).

A fianco di questo aumento della quota lavorativa relativa alla clinica, è avvenuto un progressivo aumento della burocratizzazione del lavoro. Il controllo delle prestazioni (ma soprattutto delle spese) degli operatori sanitari che operano nelle Cure Primarie, in primis i Medici di Famiglia, passa attraverso un incremento della modulistica da redigere e altri ostacoli da superare per lo svolgimento del proprio lavoro: dalle stampe complesse per attivazione di altri servizi operanti sul territorio alle modalità di erogazione di determinati farmaci in nota o con piano terapeutico, dai moduli da compilare per l'ottenimento di incentivi alla ripetizione di impegnative viziate da un vizio di forma (o addirittura "scadute") e ritenute inadeguate da

parte dei centri di prenotazione delle Aziende Sanitarie.

Tutto questo carico di lavoro non-clinico ha ulteriormente oppresso i Medici della Medicina Generale che operano in un sistema che era stato ideato per la popolazione ed il livello di complessità del 1978 e sono vincolati contrattualmente ad un Accordo Collettivo Nazionale fermo (come impostazione) al 2005, quando i bisogni clinici, assistenziali e burocratici della popolazione italiana erano estremamente diversi da quelli attuali.

Questo si somma ad una popolazione di Medici di Famiglia che invecchia parallelamente alla popolazione che assiste, ma che al momento attuale, nel 2021, si trova al picco del pensionamento dei medici appartenenti alla pletera medica dei laureati nei primi anni 80. Il culmine del ricambio è già stato raggiunto in alcune regioni, in particolare nel nord Italia, dove numerose aree del Paese rimangono scoperte, ma presto raggiungerà anche le regioni meridionali. È evidente, oltretutto, che l'aggravio lavorativo, clinico ma soprattutto burocratico, sommato all'ulteriore difficoltà occorsa durante la diffusione del SARS-CoV-2 e la percezione di abbandono rilevata negli ultimi mesi dagli stessi medici abbia portato (ed ancora porterà) una fetta di Medici di Famiglia a scegliere la strada del pensionamento anticipato, anche in aree dove non potranno essere sostituiti.

In questo contesto di enormi cambiamenti ed aumento dei bisogni dei cittadini, è necessario solcare una nuova traccia per le Cure Primarie. Ma da dove partire?

Breve storia delle Cure Primarie

Nell'arco degli anni numerose proposte sono state fatte, spesso trovando come direttive la dichiarazione di Alma Ata (2) del 1978 che evidenzia la necessità di rafforzamento dell'Assistenza Sanitaria Primaria anche attraverso misure che coinvolgano direttamente i cittadini e le comunità nella progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'Assistenza Sanitaria Primaria stessa. Questa dichiarazione aveva principalmente lo scopo di elevare il livello di salute delle persone abitanti i Paesi in via di sviluppo. Tuttavia nell'arco dei decenni successivi si è reso sempre più evidente che un sistema di Cure Primarie forti fosse un supporto imprescindibile ad

ogni Sistema Sanitario efficiente. Questo viene ribadito e confermato in diversi documenti come la Carta di Ottawa sulla promozione della salute (1986) che indica nel riorientamento dei servizi sanitari in un'ottica di coinvolgimento della comunità ed intreccio tra salute ed ogni luogo dove si vive la quotidianità il fulcro per l'ottenimento ed il mantenimento della salute dei cittadini. Un passo non ancora raggiunto nel 2008 quando la WHO chiede un ritorno ai valori di Alma Ata con il documento PHC – Now More Than Ever^[3] dove vengono auspiccate 4 categorie di riforme volte a garantire:

- una copertura universale;
- un'organizzazione dei servizi centrati sul cittadino e sulla comunità;
- lo sviluppo di politiche di promozione della salute;
- una rivoluzione della leadership che diventi più credibile ed affidabile.

Questi 4 obiettivi sono ancora in divenire in una larga maggioranza dei Paesi, ma il loro sviluppo è presente in numerose agende politiche. In Italia l'Assistenza Primaria è garantita dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 che aggiorna il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Dal 1978, anno in cui è stata promulgata la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, numerose sono state le evoluzioni dell'assistenza territoriale. Tuttavia, le competenze legislative ed amministrative regionali in materia di assistenza sanitaria hanno portato allo sviluppo diseguale del Servizio Sanitario nelle diverse regioni. Tentativi di rendere più uniforme l'assistenza territoriale è avvenuto in diverse fasi. Nello specifico i Piani Sanitari Nazionali (PSN) degli ultimi anni '90 e primi anni 2000 hanno evidenziato il ruolo dei Medici di Medicina Generale e Servizio sottolineando la necessità di una loro integrazione all'interno dell'organizzazione del Distretto indicando, già quasi 20 anni fa, il territorio come sede primaria di assistenza ed una rete integrata di servizi sanitari e sociali come base per l'assistenza ai pazienti cronici, anziani e disabili. Successivamente veniva identificata, con il PSN 2011-2013 una visione allargata e integrata del concetto di assistenza primaria che non solo affronta i problemi di salute incipienti, ma promuove il benessere, prende in carico il paziente in modo globale e completo favorendone anche l'empowerment, garantisce la continuità assistenziale e concorre ai

processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del MMG. Tuttavia l'applicazione di quanto definito ha trovato lo sviluppo di leggi e regolazioni regionali ancora estremamente imperfette. Basti pensare al riordino dell'assistenza territoriale come definita dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito nella legge 8 novembre 2012, n. 189, c.d. Decreto Balduzzi. La riorganizzazione, auspicata dalla legge, in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP) è largamente rimasta solo sulla carta a poco meno di 10 anni dalla sua promulgazione: la variabilità nell'interpretazione della legge effettuata dalle diverse autorità regionali, affiancata ad una necessità di continua contrattazione con le Organizzazioni Sindacali appartenenti all'area delle Cure Primarie ha prodotto un'estrema disomogeneità nella sua applicazione e spesso una resistenza al cambiamento di modelli ormai radicati da tempo.

Le resistenze al cambiamento

Ora il tema della riforma del sistema sanitario territoriale si rende ulteriormente necessario alla luce di tutti i numerosi aspetti sopra illustrati. Tuttavia ogni proposta ascoltata finora pare essere stata effettuata mescolando tutti i vari attori coinvolti nelle Cure Primarie, e spesso lasciando sullo sfondo o proprio in disparte quelli che sono i beneficiari ed al contempo i proprietari stessi del sistema cioè i cittadini e le nostre comunità. La maggior parte del dibattito, mai concretamente realizzatosi con costruttivi e sinceri momenti di confronto tesi a creare trasparenti mediazioni o utili compromessi tra istanze, si è incentrato sull'aspetto probabilmente più emozionale ma anche meno concretamente riformatore. Stiamo parlando dell'annosa diatriba tra dipendenza e convenzione come tipologia contrattuale del personale medico delle cure primarie (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta). La forma contrattuale è certamente importante, ma il dibattito tra quale sia la "miglior" forma (una delle due oppure una terza ulteriore da configurare) ha dissanguato la riflessione sulla riforma delle prassi in Cure Primarie. Possiamo accennare alle motivazioni, intuibili, che hanno prodotto uno scontro monotematico: la tradizionale impostazione conserva-

tiva di qualsivoglia istituzione, i timori per la sorte di ENPAM in assenza di un rilevante e forse indispensabile introito dei contributi dei medici non dipendenti, il mutato scenario demografico della massa della categoria (più giovani, più donne) che produce nuove necessità e nuove istanze sulle forme e tutele lavorative, la persistente e forse strumentale confusione tra libera scelta del cittadino nell'identificare un curante fiduciario (tralasciando che esistono ampie aree del paese dove non è più possibile scegliere un curante oppure non c'è nemmeno più nessun curante da scegliere) e la creazione di un rapporto fiduciario (mutevole nel tempo e nelle motivazioni della sua dinamica), una narrativa del mondo sanitario ancorata a una visione gerarchica dei sistemi complessi (comandare qualcuno *vs* farsi comandare da qualcuno contrapposto ad un più moderno concetto di rete dove esercitare una moderna leadership intesa come *soft skills* non come posizione di dominio), l'assenza dell'elemento comunitario come co-gestore e corresponsabile dei servizi sanitari stessi.

Oltre a queste motivazioni, interne al settore delle cure primarie, ciò che fa mancare una seria azione riformatrice è l'assenza di una cultura professionale ed accademica delle cure primarie in Italia associata all'assenza dell'attenzione politica ed istituzionale al mondo delle cure primarie. Spesso definita la "cenerentola" del SSN, le Cure Primarie sembrano più orientate al ritiro sociale che non alla trasformazione in principessa, aldilà degli entusiastici proclami o delle rivendicazioni categoriali.

Le Cure Primarie moderne

Avendo criticato l'attuale contesto riformatore andiamo però a identificare quegli elementi che dovrebbero essere invece discussi per ottenere proprio gli scopi dichiarati dalle riforme annunciate: prossimità, rete dei servizi, continuità socio-assistenziale, ammodernamento tecnologico. A questi obiettivi è utile affiancare anche lo scopo di tutela della salute che le istituzioni dovrebbero garantire, la necessità di inserire la partecipazione comunitaria nella scena, l'attenzione alla salute ed al benessere e non la mera presa in carico delle patologie (con tutto ciò che concerne in termini di prevenzione, promozione della salute, critica della medicalizzazione della vita, at-

tenzione alla fragilità ed alla vulnerabilità, orientamento ai bisogni di salute).

Questa sintetica analisi ci porta con forza da una idea riformatrice ad una idea rivoluzionaria delle Cure Primarie, ovvero a non accontentarsi di restaurare alcuni aspetti *demodè* o di calibrare la nuova macchina e le sue nuove appendici, ma invece a ritenere necessaria una revisione delle prassi tale da poter decidere anche di chiudere alcune cose del vecchio per aprire ad alcune cose del nuovo (come fu per il movimento rivoluzionario della Salute Mentale nel pensiero Basagliano). In questa idea rivoluzionaria preziose sono le sperimentazioni così come la rivalutazione di quanto già in essere.

Dobbiamo convivere con l'idea che andremo a operare in un sistema che è complesso, che non è possibile governare con la semplificazione né con la linearità dei processi per ragioni di ordine ontologico ed epistemologico. Ulteriore elemento che compone questo sistema complesso è la molteplice e contemporanea presenza di più bisogni e problemi di natura socio-sanitaria che non possono essere più gestiti da un unico professionista né in un unico modo o in un unico *setting* assistenziale. Un unico individuo non avrebbe il tempo di occuparsi di tutto ciò che richiede un singolo caso, né tantomeno un singolo professionista può possedere contemporaneamente tutte le competenze necessarie alla gestione del singolo caso.

Per queste ragioni la rivoluzione necessaria si sostanzia nel riordinare l'attività assistenziale con un approccio olistico di tipo "*comprehensive*" centrato sul paziente ed orientato alla comunità che verrà messo in atto da una *equipe* la quale abiterà ed "agiterà" più competenze contemporaneamente e che dovrà saper agire in un luogo prossimo al singolo ed alla sua comunità, ma capace di operare in connessione con più *setting* assistenziali. Quel che viene qui descritto non è utopico né distopico ma realizzabile nella misura in cui viene costituita una *equipe* che si integra coi servizi circostanti.

A cascata di questo punto nodale stanno le questioni contrattuali ed amministrative: è opinabile la composizione dei membri dell'*equipe* ma la riflessione deve puntare su quali siano le competenze (*skills*) necessarie che devono stare in quella *equipe* in relazione al contesto epidemiologico di riferimento.

Emerge nell'attuale scenario il montante carico di lavoro sui professionisti causato dalla duplice spinta in alto ed in basso che schiaccia gli operatori: la crescente fragilità della società sempre meno resiliente nel suo complesso e nei suoi individui (più anziani, più malati, meno solidali, più frammentati) sprema una forza lavoro ridotta all'osso da anni di manchevole programmazione (e di cui nessuno sembra sia responsabile, è incomprendibile ciò) e sempre più impoverita sul piano economico e sul piano del sociale riconoscimento che storicamente ottiene una "professione di aiuto".

In questa ottica l'*equipe* può meglio supportare i professionisti, prevenire il *burnout*, ridimensionare lo stress personale in una piattaforma di condivisione.

Ma non si diventa *equipe* mescolando semplicemente insieme degli elementi.

Si impara a lavorare in *equipe* (le metafore sportive e le esperienze di altre dimensioni professionali lo insegnano bene), si imparano le competenze con modalità diverse, e diversamente si esercitano. E soprattutto, rinforzando l'elemento rivoluzionario, si creano nuove prassi tra curanti e assistiti e tra i curanti stessi.

A corollario di questa rivoluzione necessaria si inserisce anche la questione del tempo. Il tempo del lavoro si deve modificare, si modificherà, in una dimensione di *equipe* all'interno di un sistema di cure primarie realmente capace di prevenire e programmare e personalizzare e di reagire alle acuzie e di interagire con altri settori sociali ed assistenziali. Si dovranno costruire momenti di riunione, di vario livello, e momenti di programmazione non meno importanti di momenti assistenziali; il tempo dedicato a tali riunioni, parimenti alla comunicazione medico-paziente, dovrà essere riconosciuto come orario lavorativo; l'assistenza dovrà sbilanciarsi maggiormente nelle cure pro-attive e saper rispondere efficacemente alle cure per le acuzie, il tempo dedicato alla prevenzione ed alla promozione deve essere accresciuto in quanto capace di risparmiare tempo e risorse in fasi successive e di spostare l'attenzione dalla malattia alla salute. E come le serie rivoluzioni queste cominciano dal giorno uno e non si esauriscono nel giorno zero. Non si tratterà di legiferare atti che nulla sposteranno nelle prassi, ma di costruire prassi informanti le

legislazioni da ammodernare.

In tutto questo dove sarà il Medico di Medicina Generale? Sarà in una casa di comunità e/o in un ambulatorio periferico o disperso in un territorio in funzione del territorio stesso, dedicherà la sua attività professionale in distinti momenti assistenziali (cure proattive, prevenzione, acuzie, palliazione e fine vita) e distinti momenti programmatici e formativi (riunioni di equipe, programmazione attività, programmazione piani di cura individuali, formazione permanente, educazione di studenti e professionisti in training). Le inevitabili attività amministrative devono essere affidate a personale idoneo che come membro della *equipe* collabora con i sanitari alla cura della persona e della sua comunità. La tecnologia informatica e diagnostica dovrà supportare le decisioni cliniche ed assistenziali dal lato dei sanitari e avvicinare i *setting* assistenziali ai malati, non come fine a sé stante ma sempre come strumento della cassetta degli attrezzi che nel tempo si modifica ed ammodernando rendendo i curanti sempre più capaci di fornire cure di qualità.

E lo stesso varrà per gli infermieri, di cure primarie o comunità che siano, con le specifiche e nuove competenze che anche loro dovranno saper apprendere e costruire insieme alla propria *equipe*. E lo stesso varrà per i fisioterapisti e i riabilitatori, gli psicologi, i terapeuti, gli assistenti sociali, gli operatori sociosanitari, i volontari e tutte le figure che saranno coinvolte.

A fundamenta di tutto ciò, ma non potendoci permettere di attendere il lavoro compiuto, è necessaria una diversa formazione dei sanitari. Le Cure Primarie devono entrare nei curricula universitari del pre e del post laurea, le formazioni dei professionisti devono avvenire in modo interdisciplinare in modo precoce. La formazione deve essere localizzata, nei *setting* assistenziali idonei al lavoro di prossimità. Molteplici possono essere le modalità per ottenere tali obiettivi, le categorie e i portatori di interesse non devono però perdersi in stucchevoli battaglie per posizioni di potere, difese acritiche di una tradizione ormai crepuscolare, impostazioni istituzionali antiche e non più al passo con una società "liquida" e complessa.

Bibliografia

1. XIII Report Health Search - https://report.healthsearch.it/Report_XIII.pdf?anno=2021
2. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. 1978 Nov;32(11):428-30. PMID: 11643481.
3. The world health report 2008 : primary health care now more than ever - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>