

La crisi della medicina territoriale

*Dalla pandemia alla gestione della cronicità
tra rischio di declino ed opportunità di rinnovamento*

I contenuti e i pareri espressi nel presente libro sono da considerarsi opinioni personali dell'Autore che non possono impegnare pertanto l'Editore, mai e in alcun modo.

Giuseppe Belleri

**LA CRISI
DELLA MEDICINA TERRITORIALE**

*Dalla pandemia alla gestione della cronicità
tra rischio di declino ed opportunità di rinnovamento*

Medicina

BOOK
SPRINT
E D I Z I O N I

www.booksprintedizioni.it

Copyright © 2022
Giuseppe Belleri
Tutti i diritti riservati

*A Costanza e Delia
per i consigli e l'ascolto.*

Acronimi

ACE Angiotensin Converting Enzyme
ACN Accordo Collettivo Nazionale
ADI Assistenza Domiciliare Integrata
ADP Assistenza Domiciliare Programmata
AFT Aggregazione Funzionale Territoriale
AGENAS Agenzia Nazionale della Sanità
AIFA Agenzia Italiana del Farmaco
AIR Accordo Integrativo Regionale
AP Assistenza Primaria
ASL Azienda Sanitaria Locale
ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS Agenzia Tutela della Salute
BPCO Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva
BMJ British Medical Journal
CA Continuità Assistenziale
CdC Casa(e) della Comunità
CdP Comunità di Pratica
CFSMG Corso di Formazione Specifica in MG
COT Centrale Operativa Territoriali
CRT Centro di Riferimento Territoriale
CREA Centro per la Ricerca Economica Applicata
CUF Commissione Unica del Farmaco
DGR Delibera Giunta Regionale
DM Decreto Ministeriale
DP Dipartimento di Prevenzione
DPI Dispositivo di Protezione Individuale
DRG Diagnosis Related Group
DSM Diagnostic and Statistical Manual
EBM Evidence Based Medicine

FANS Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei
FSE Fascicolo Sanitario Elettronico
GC Governo Clinico
IFeC Infermiere di Famiglia e Comunità
LEA Livelli Essenziali di Assistenza
LG Linea Guida
LR Legge Regionale
MCNT Malattia Cronica Non Trasmissibile
ME Modelli Esplicativi
MG Medicina Generale
MMG Medico di Medicina Generale
MUS Medically Unexplained Symptoms
NNT Number Needed to Treat
NPM New Public Management
OdC Ospedale(i) di Comunità
OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
PA Pubblica Amministrazione
PAI Piano Assistenziale Individuale
PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PiC Presa in Carico
PIL Prodotto Interno Lordo
PLS Pediatra(i) di Libera Scelta
PNC Piano Nazionale della Cronicità
PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PreSST Presidi Socio Sanitari Territoriali
PT Piano Terapeutico
PTN Prontuario terapeutico Nazionale
SID Supply Induced Demand
PS Pronto Soccorso
RSA Residenza Sanitaria Assistenziale
SISAC Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati
SSN Servizio Sanitario Nazionale
SSR Servizio Sanitario Regionale
UCCP Unità Complesse delle Cure Primarie
USCA Unità Speciale di Continuità Assistenziale
USSL Unita Socio Sanitaria Locale
WHO World Health Organization

Introduzione

L'epidemia di Coronavirus ha avuto il suo epicentro nazionale in Lombardia e verrà ricordata nei prossimi decenni per il suo carattere improvviso e travolgente, che ha evocato una varietà di descrizioni metaforiche: battaglia campale, tsunami, tempesta perfetta, cigno nero, terremoto sanitario, bomba atomica, etc.

Passata la fase emergenziale è possibile avviare una riflessione critica sugli eventi e sugli effetti della pandemia, così tanto rilevanti da mettere a dura prova la tenuta di tutto il sistema per un picco di domanda e un deficit di offerta difficili da fronteggiare ad ogni latitudine. Il Covid-19 ha avuto un particolare impatto sulla medicina del territorio per le sue specifiche caratteristiche strutturali e funzionali, in particolare nelle zone a più alta incidenza della Lombardia, facendo emergere una crisi sistemica e professionale che ha radici profonde e lontane nel tempo.

La cosiddetta medicina territoriale è composta prevalentemente da medici convenzionati con il SSN – cioè medici di medicina generale o MMG, di continuità assistenziale/guardia medica o CA, i pediatri di libera scelta o PLS, i medici dei servizi e gli specialisti ambulatoriali, e rientra nella più ampia categoria dell'assistenza primaria, in cui figurano da poco gli Infermieri di famiglia e comunità (IFeC), la farmaceutica convenzionata e medici dipendenti da altre organizzazioni come quelli delle RSA, del sistema penitenziario, etc.¹

¹ I medici convenzionati dell'assistenza primaria (dati SISAC 2021) sono 71984 – a cui vanno aggiunti circa 7mila infermieri di famiglia – e sono così suddivisi: 42428 medici di medicina generale; 7804 pediatri di libera scelta; 17617 medici di continuità assistenziale; 2962 medici di emergenza territoriale e 1569 medici di medicina dei servizi.

Ai MMG in particolare sono state imputate carenze e deficit nella gestione del Covid-19 fino quasi a farne i responsabili per eccellenza di una situazione complessa, mentre per altri le cause del problema risiedono in quell'“abbandono” del territorio descritto dai medici di Codogno, rimasti soli nel pieno della tempesta in quel fatidico marzo 2020.

A partire dalla seconda ondata la MG si è così trovata sul banco degli imputati per presunte “colpe” nella gestione della pandemia, con accuse di latitanza, scarsa professionalità, produttività oraria e disponibilità telefonica fino ad espressioni ingiuriose verso i “fannulloni” del territorio. Così per correggere questo stato di cose è stata invocata una profonda riforma dell'assistenza primaria, che si è concretizzata nei cambiamenti previsti dal PNRR, in particolare nelle strutture territoriali previste dalla Missione 6A: Case ed Ospedali di Comunità, Centri Operativi Territoriali, Distretti e potenziamento dell'assistenza domiciliare.

A queste iniziative si dovrebbe affiancare in parallelo una riforma complessiva dell'organizzazione e delle normative che regolano i rapporti tra medici del territorio e SSN, attualmente in forma di una Convenzione tra lo stato e gli esercenti professionali con uno status giuridico di parasubordinazione, che per alcuni dovrebbe evolvere in un rapporto di subordinazione. Anche la formazione dei MMG è sotto accusa e l'attuale Corso di Formazione Specifica su base regionale dovrebbe lasciare il posto ed una vera specializzazione universitaria. La combinazione disposta tra il rapporto di subordinazione e lo status specialistico dovrebbe risollevarsi sia l'immagine pubblica sia il “morale” della categoria, fiaccato da tensioni crescenti con assistiti esigenti, interferenze della burocratizzazione manageriale e per un deficit di tutele lavorative e previdenziali, mal sopportate dalle nuove generazioni di MG.

Attorno a questo programma si è coalizzato un composito fronte riformatore che, sulla spinta della crisi pandemica e di una campagna mediatica a tratti delegittimante, ha imposto all'agenda pubblica l'esigenza di un cambiamento tanto radicale quanto carico di incertezza e a rischio di sostenibilità, da quella finanziaria a quella logistica, da quella previdenziale a quella

normativa. Se sulla revisione della formazione dei futuri MMG vi è un'ampia convergenza, pur con alcune riserve, non è così per il passaggio dal regime convenzionale alla dipendenza, ipotesi che divide la categoria; nel 2022 il varo del DM 77 ha recepito la Missione 6A del PNRR confermando di fatto il rapporto convenzionato dei medici.

Il volumetto si propone di fare il punto sulla crisi della medicina territoriale che ha innescato il processo di riforma del settore. Tuttavia restano ancora diverse aree di incertezza. Sul finire della quarta ondata di una lunga guerra contro il virus, dagli esiti vittoriosi grazie alle armi vaccinali, ecco che improvvisamente divampa di nuovo in Europa uno storico flagello, che a metà del novecento aveva già seminato morte, traumi, distruzione, sofferenze psicologiche e sociali: il virus bellico nazionalista che rischia di pregiudicare il difficile ritorno alla normalità, dopo il contenimento di SARS-COV2, per le sue conseguenze economiche e sanitarie.

Alla fine del 2022 a bocce (quasi) ferme è possibile intravedere il percorso di cambiamento innescato, a diversi livelli sistemici, dalla crisi pandemica ed il suo potenziale impatto sul lungo periodo. La domanda del sottotitolo, che deriva dal clima emotivo prevalente nella categoria, potrà trovare una risposta in un senso o nell'altro solo al termine del quinquennio di riforme che si concretizzeranno a partire dal 2023.

All'inizio del secolo il sociologo sanitario Guido Giarelli (Giarelli, 2003) diede alle stampe un voluminoso testo sul "malessere della medicina", frutto di un'ampia ricerca a livello internazionale sul disagio vissuto dalla categoria medica, per effetto delle riforme avviate sul finire del secolo scorso, che proponeva alcuni concetti e chiavi di lettura utili anche per la più ristretta fetta dei medici del territorio. Il presente volume ha un obiettivo più limitato: abbozzare una "diagnosi" della crisi della medicina territoriale, proporre un'interpretazione "fisiopatologica" e analizzare criticamente alcune opzioni "terapeutiche".

Il frame interpretativo adottato per "diagnosticare" il malessere è quello del professionalismo nella sua accezione classica (Freidson, 2002), come terza via tra burocratizzazione statale e deriva manageriale nelle varianti più recenti (Bellini, 2020); il

travaglio dei medici del territorio può essere letto come tappa finale del declino della dominanza medica, che nell'ultimo ventennio ha avuto un'accelerazione per il concorso di varie cause esposte nella prima parte. Sul territorio la crisi del professionalismo si esprime con la combinazione disposta tra pensionamento anticipato di massa della generazione di medici della prima riforma sanitaria e la crisi vocazionale dei rincalzi che dovrebbero assicurare il ricambio generazionale. Gli effetti sul territorio stanno emergendo con zone perennemente carenti di medici e centinaia di migliaia di cittadini senza assistenza sanitaria stabile.

Il testo si compone di due parti e di 11 capitoli. La prima propone una lettura critica della definizione di salute, un profilo socioculturale del disagio vissuto dai medici del territorio e una lettura dell'evoluzione della categoria basata sulle alterne vicende della cosiddetta dominanza medica. Gli ultimi due capitoli trattano del governo della domanda e della comunicazione medico-paziente.

La seconda parte del volume affronta i nodi venuti al pettine nel biennio 2020-2021: la gestione dell'emergenza infettiva e il suo impatto sulla gestione della cronicità. Dopo il capitolo dedicato alla risposta organizzativa del territorio e degli ospedali al Covid-19, quelli successivi tracciano un profilo multidimensionale della cronicità, focalizzato sugli aspetti culturali, antropologici e cognitivi, in riferimento al concetto di rischio, ai modelli esplicativi della malattia e all'educazione terapeutica. L'ultimo capitolo affronta il nodo della rete sociosanitaria ed assistenziale che sul territorio supporta la gestione domiciliare dei pazienti cronici polipatologici, complessi e fragili, i primi destinatari di un'efficace integrazione e continuità assistenziale promossa dalle strutture del PNRR (Case ed Ospedali di Comunità, Centri Operativi Territoriali). I capitoli sono punteggiati da brevi aneddoti tratti dall'esperienza ambulatoriale che esemplificano, in forma narrativa sintetica, senza essere veri e propri casi clinici, alcune tematiche teoriche esposte nel testo.