

Editoriale

Le cure primarie e la lezione della pandemia *Primary care and the lesson of the pandemic*

Gavino Maciocco

Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze
Comitato scientifico della Rivista

La pandemia ha messo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e inefficienza del nostro sistema sanitario e assistenziale, indebolito da anni di de-finanziamento e di progressiva riduzione del personale. Tutto il sistema ne ha sofferto, ma in particolare i servizi di cure primarie e di prevenzione, ovvero quelle componenti del sistema che avrebbero dovuto svolgere il ruolo di contenimento nei confronti della pandemia. Viceversa l'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.

Nel corso della prima ondata l'intero sistema si trovò impreparato di fronte alla pandemia: la Lombardia, come detto, ne fu l'epicentro e le falle dell'organizzazione delle cure primarie furono più evidenti, ma gravi problemi di tenuta di questi servizi si registrarono ovunque al punto che il governo emanò un Decreto Legge del 9 Marzo 2020 n.14 che all'art. 8 prevedeva l'istituzione di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), composte da un medico e un infermiere per la presa in carico di pazienti affetti da COVID-19 o sospetti per i quali non è ritenuto necessario un ricovero ospedaliero. Le USCA – una ogni 50.000 abitanti e attive sette giorni su sette, dalle 8.00 alle 20.00 – dovevano essere una soluzione emergenziale nel corso della prima ondata ma ad esse si è fatto ricorso anche nella seconda. Se nella prima ondata l'effetto sorpresa e la grave carenza di dispositivi

individuali di sicurezza giustificava l'adozione di misure di emergenza, come l'istituzione delle USCA, per supplire le funzioni dei medici di medicina generale nell'assistenza ai loro pazienti, nella seconda andata, a partire cioè dall'ottobre 2020, la loro conferma (e in molti casi il loro potenziamento) si è resa necessaria per i gravi limiti organizzativi e strutturali della medicina generale.

La pandemia ha messo a nudo l'inefficienza strutturale della medicina generale italiana, dove gran parte dei medici lavora da solo all'interno di civili abitazioni, senza poter garantire – in caso di pandemia – le minime condizioni di sicurezza per i pazienti, per sé stesso e anche per i condomini. Sulla carenza organizzativa e strutturale dei medici di famiglia è intervenuto con delle proposte l'Ordine dei Medici di Verona: "L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle sedi fisiche di molte medicine di gruppo. Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale; le sedi sono spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale. La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico. I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività"¹.

La pandemia ha rivelato tutte le debolezze del sistema sanitario italiano, come osserva un documento della Corte dei Conti ²: "La crisi ha messo in luce anche e soprattutto i rischi insiti nel ritardo con cui ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali a fronte del forte sforzo operato per il recupero di più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che, per numero di casi e di disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura, la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate. Se fino ad ora tali carenze si erano scaricate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse private e su una assistenza basata su manodopera con bassa qualificazione socio-sanitaria (badanti), tale carenza ha finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una

¹ Maciocco G, Case della salute da campo, Saluteinternazionale.info, 12 Ottobre 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/10/case-della-salute-da-campo/>

² Corte dei Conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

sfida nuova e sconosciuta. È infatti sempre più evidente che un'adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardivo e fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione pagando un prezzo in termini di vite molto alto”.

Il ruolo fondamentale delle Cure primarie nella risposta alla COVID-19 è sottolineato in un documento dell'OMS del marzo 2020, che ne identifica le principali funzioni: a) distinguere i pazienti COVID da quelli con altri sintomi respiratori; b) diagnosticare precocemente i casi; c) proteggere le persone più fragili (che corrono i maggiori rischi, sia fisici che psicologici); d) ridurre il ricorso ai servizi ospedalieri. “La maggior parte dei pazienti – si legge nel documento – sviluppa una malattia lieve e senza complicazioni che può essere gestita a livello delle cure primarie. Ma quando i numeri dei casi crescono e di conseguenza cresce la pressione sui servizi di cure primarie, i Ministeri della salute devono intervenire tempestivamente per aumentare la capacità di risposta, per garantire l'adeguato rifornimento di dispositivi di protezione individuale, di farmaci e attrezzature, per rispondere ai bisogni dei gruppi più vulnerabili”.

Il documento individua una serie di elementi decisivi nella gestione della pandemia a livello di cure primarie, tra cui:

1. Creazione di una zona “sporca” (“isolation room”) all'interno delle strutture in modo da separare i soggetti con sintomi suggestivi di COVID-19 dal resto dei pazienti. La stanza delle visite e relativa area di attesa dovranno essere regolarmente decontaminate.
2. Svolgere attività di triage dei pazienti per identificare le situazioni con maggiore sofferenza respiratoria e che richiedono trattamenti di emergenza.
3. In caso di impossibilità di assistere o isolare a domicilio un paziente vanno individuate delle soluzioni residenziali alternative (come alberghi sanitari) in cui assistere le persone fino a quando permangono i sintomi e i test diagnostici si negativizzano.
4. In caso di eccesso di pressione sui servizi a causa della pandemia, vanno definite le priorità d'intervento che devono comunque garantire l'accessibilità ai servizi essenziali per la comunità: a) I servizi di prevenzione, come le vaccinazioni; b) L'assistenza al parto e al neonato; c) I servizi per i gruppi vulnerabili, come bambini e anziani; d) I servizi per le urgenze, per il possibile trasferimento in

ospedale³.

A caldo, nei mesi immediatamente successivi all'esplosione della pandemia – con il terribile carico di morti, con la società paralizzata dal lockdown e l'economia a pezzi – si levò un coro unanime (da destra a sinistra, dal sud al nord): Basta tagli alla sanità! Più posti letto e più personale! e – soprattutto – Rafforzare la prima linea del SSN: i servizi territoriali e di prevenzione!

Circolavano anche le prime analisi del fabbisogno finanziario per consentire la rinascita del SSN. Un indizio lo fornisce lo stesso ministro della salute, Roberto Speranza, favorevole ad accedere al prestito del MES (Meccanismo Europeo di Stabilità): una linea di credito di 36 miliardi di euro destinata unicamente alla sanità. Un'occasione – nelle parole del ministro – per chiudere la stagione dei tagli e per trasformare una crisi in una grande opportunità. Ma non ci sarà bisogno di ricorrere al prestito del MES, perché nel luglio 2020 viene raggiunta l'intesa sul Recovery Fund: gli Stati dell'UE autorizzano la Commissione Europea a contrarre un debito (tramite Eurobond), per conto dell'Unione, fino a 750 miliardi da destinare agli Stati in parte con contributi a fondo perduto (390 mld) e in parte con prestiti (360 mld). All'Italia spetteranno 191,5 miliardi di euro in 6 anni. Di questi 122,6 miliardi saranno prestiti e 68,9 miliardi sovvenzioni a fondo perduto. Purtroppo alla sanità saranno destinate risorse di gran lunga inferiori ai 36 mld previsti dal MES. La prima proposta di PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) presentata dal Governo nel settembre del 2020 riservava agli investimenti per la Salute 9 miliardi: appena il 4,6% delle risorse messe a disposizione con Next Generation UE.

Una vasta rete di associazioni, gruppi, movimenti – raccolta intorno a Salute Diritto Fondamentale e SOS Sanità – si è subito mossa denunciare tale manovra (“Uno schiaffo per la sanità pubblica”⁴) e per proporre il “buon uso” dei finanziamenti europei, con un documento diffuso ai primi di settembre 2020⁵: “*Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: Assistenza sociale e sanitaria territoriale*”, in cui tra l'altro si legge: “L'emergenza sanitaria da Covid-19, e le gravi conseguenze sociali ed economiche che ha provocato, hanno spinto i Governi dell'Unione Europea a riconsiderare le politiche di austerità, perseguite in questi anni con esiti catastrofici, e a mettere finalmente a disposizione ingenti risorse per il rilancio dei Paesi colpiti dall'epidemia. Si tratta di una fondamentale occasione

³ WHO (2020), Role of Primary Care in the covid-19 Response: Interim Guidance, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

⁴ <https://salutedirittofondamentale.it/uno-schiaffo-alla-sanita-pubblica/>

⁵ <http://www.sossanita.org/archives/11430>

per ripensare e rilanciare il nostro welfare socio sanitario. (...) È necessario che si affermi in maniera compiuta un modello di “salute di comunità e nella comunità. È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a un sistema centrato sulla salute, che non eroghi solo prestazioni, ma operi per contrastare le malattie, in un’ottica di prevenzione e promozione della salute. È necessario un rinnovamento delle politiche sociali, a lungo relegate al margine delle politiche pubbliche, per accompagnare gli individui lungo l’intero percorso della vita, in particolare nei momenti di fragilità, in modo integrato con il sistema sanitario. (...) Un efficace potenziamento delle reti dell’assistenza socio sanitaria territoriale richiede un impegno collettivo e un’organizzazione “strutturata” nel Distretto in grado di organizzare i servizi in funzione delle persone e della comunità (e non delle malattie), realizzando una forte integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale e sanità, con la partecipazione della popolazione. È dunque il Distretto sociosanitario, inteso come “struttura forte”, il baricentro e il motore per l’assistenza territoriale, e da cui devono dipendere strutture e professionisti”. Per raggiungere tali obiettivi la rete delle associazioni propone un finanziamento di 30 miliardi di euro. Nella versione definitiva del PNRR le risorse destinate alla sanità saranno circa 20 miliardi di euro, di cui solo 7 mld destinati al “Potenziamento dell’assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriali”. Ciò che preoccupa non è tanto l’esiguità della cifra, quanto i meccanismi di mercato previsti nell’uso di queste risorse: infatti dei 7 mld di euro 4 mld saranno destinati a remunerare le prestazioni di assistenza domiciliare erogate da provider privati accreditati e convenzionati in competizione tra loro⁶.

Il Libro Azzurro: una proposta di riforma per le cure primarie in Italia

La *Campagna Primary Health Care Now or Never* nasce a Ferrara nel 2017 e negli anni si configura come un movimento nazionale promosso da un gruppo di giovani medici di medicina generale, aperto e interprofessionale che, già in epoca pre-covid, si poneva l’obiettivo di promuovere un profondo rinnovamento culturale delle cure primarie italiane attraverso interventi di formazione e ricerca sul campo che trovano nella Comprehensive Primary Health Care il proprio baricentro e la propria cornice teorica di riferimento.

In seguito alla prima ondata COVID 19 la società civile, la classe politica e tutti gli organi di stampa e informazione sono costretti a prendere coscienza dei gravissimi problemi organizzativi, strutturali e culturali che in Italia rendono inefficiente e inefficace il sistema di cure primarie e assistenza socio-sanitaria territoriale,

⁶ <https://www.saluteinternazionale.info/2021/09/lombardizzare-il-ssn/>

nonché dell'urgente necessità di risolverli. Forte di questa “epifania nazionale”, a partire da Maggio 2020 la Campagna PHC intraprende un percorso, tuttora in divenire, volto alla stesura e diffusione di una proposta di riforma delle cure primarie a valenza politica; e quindi ad oggi si pone l'obiettivo di definire la cornice entro la quale possano essere accolti gli investimenti e le risorse attesi con il PNRR. La prima stesura del Libro Azzurro sarà completata e pubblicata entro Ottobre 2021.

1. Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle cure primarie in Italia

A settembre 2020 viene pubblicato il documento *Verso il Libro Azzurro. Un manifesto aperto per la riforma delle cure primarie in Italia*⁷, che si pone l'obiettivo di richiamare tutti i soggetti e/o le associazioni interessati e tutti gli stakeholders a collaborare alla stesura di una proposta di riforma delle cure primarie descrivendo in 12 punti i principi essenziali e gli elementi operativi che l'avrebbero dovuta caratterizzare. Il Manifesto viene ufficialmente presentato il 7 Novembre 2020 con una Conferenza Stampa on-line (link <https://youtu.be/Nf2EU6mlTH4>) e attualmente conta centinaia di sottoscrizioni tra singoli professionisti, associazioni e cittadini. Il 28 Novembre 2020 viene dato ufficialmente avvio (link <https://youtu.be/cePTDByxA7s>) al processo collettivo di discussione e scrittura del Libro Azzurro, il quale viene portato avanti attraverso una piattaforma informatica condivisa che permette ai partecipanti di lavorare in modalità sincrona e asincrona suddivisi per aree di interesse e competenza. La fase di scrittura collettiva è attualmente in fase di completamento.

I contenuti del Libro Azzurro: principi e proposte operative di riforma

Il Libro Azzurro della Campagna PHC si articola in quattro macro-aree nelle quali sono descritti i diversi livelli di azione: i principi essenziali, i principi pre-operativi, gli elementi strutturali e operativi, la cornice formativa e contrattuale. Si riportano i contenuti salienti.

A. Principi essenziali

Propone che il nuovo modello di Cure Primarie si fondi sulla cornice teorica della Primary Health Care (PHC) poiché i principi e i metodi di lavoro PHC rappresentano la chiave per realizzare il cambio di paradigma necessario per tutelare e promuovere la salute in modo equo e sostenibile nella cornice di un Servizio Sanitario pubblico universalistico.

⁷ <https://www.saluteinternazionale.info/2020/09/un-manifesto-per-rinnovare-le-cure-primarie/>

B. Principi pre-operativi

Principi teorico–pratici che determinano e guidano le modalità di lavoro e la progettazione degli interventi di salute

- a. Territorializzazione: Le cure primarie rappresentano l'articolazione territoriale di prossimità del Servizio Sanitario pubblico che diviene responsabile della salute delle persone che abitano un determinato territorio e produce modelli organizzativi e strategie di intervento specifici basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni della popolazione del territorio.
- b. Partecipazione della comunità: un modello territoriale centrato sulla salute dell'*intera popolazione*; la PHC come strumento per promuovere una partecipazione consapevole, democratica, equa e generativa delle persone e delle comunità, dove queste siano riconosciute come soggetti attivi nella co–progettazione, monitoraggio e realizzazione degli interventi di salute.
- c. Governance e Coordinamento in cure primarie: politiche adattative e educazione permanente

Il modello PHC prevede azioni e interventi di tipo promotivo, protettivo, curativo, riabilitativo e palliativo che vedono il coinvolgimento di attori non solo sanitari, ma anche sociali, comunitari, giuridici, economici, politici etc. in base alle specifiche condizioni locali. Questo necessita di una pianificazione, gestione, sviluppo e valutazione degli interventi e delle reti assistenziali che siano decentratizzati e capaci di favorire la co–gestione delle attività con tutti gli attori coinvolti. Inoltre prevede lo sviluppo di politiche e strategie *bottom–up* in grado di adattarsi alle caratteristiche uniche e mutevoli di ogni territorio e che permettano a tutti gli attori di apprendere continuamente dal e nel contesto operando una costante riorganizzazione dei servizi e delle reti e favorendo il continuo empowerment delle reti assistenziali stesse.

C. Elementi strutturali e cardini operativi

Potenziamento del Distretto Sociale e Sanitario (DSS)

- Definire una cornice istituzionale–organizzativa che individui il DSS come cardine per l'attuazione locale del Servizio Sanitario Pubblico e delle politiche sociali.
- Attribuire al DSS un territorio specifico di dimensione flessibile (indicativamente 50–100.000 abitanti) che sia governabile tenendo conto delle peculiarità geografiche, sociali, storiche, epidemiologiche.
- Attuazione della territorializzazione: allocazione delle risorse, definizione, monitoraggio e verifica degli obiettivi socio–sanitari d'intervento a partire dalla rilevazione decentrata dei bisogni di salute; ruolo di coordinamento tra professionisti, servizi territoriali e ospedalieri locali;

- Assegnare al DSS il compito di garante del coordinamento e comunicazione inter-settoriale (servizi di prevenzione e assistenza primaria alla salute; comuni; scuole e università; terzo settore etc.)

Case della Comunità (CdC) – Domiciliarità – Cure Intermedie

In linea con il Manifesto dell'associazione *Prima la Comunità*, La CdC è la struttura fisica e funzionale che rispecchia i principi e le modalità di lavoro della PHC, dove i bisogni e le risorse della popolazione servita vengono messi al centro con l'obiettivo di tutelare e promuovere la giustizia sociale e l'equità nell'accesso ai diritti di base quali la salute, il lavoro, la casa, l'istruzione.

- Accoglienza e Accessibilità: la CdC diventa la “porta d'ingresso nel Servizio Sanitario Pubblico” (PUA – Punto Unico di Accesso e Segreteria dei Servizi Sociali e Sanitari)
- La CdC è dotata di luoghi fisici e strumenti adeguati e specifici per le funzioni svolte: prevenzione e promozione della salute fisica e psicologica; diagnosi, cura e trattamento ambulatoriale e domiciliare; riabilitazione; protezione e inclusione sociale; coordinamento dei percorsi socio-sanitari; partecipazione ed empowerment comunitario; ricerca e formazione permanente degli operatori.
- All'interno della CdC lavorano équipes interprofessionali e intersettoriali con modalità operative adattative, partecipative e non gerarchizzate.
- Gli operatori della CdC, in sintonia con gli altri servizi del DSS, partecipano attivamente all'organizzazione ed erogazione delle Cure Domiciliari.
- Le CdC sono funzionalmente connesse e collaborano con le strutture ospedaliere e le strutture di Cure Intermedie (Ospedali di Comunità) del territorio di riferimento al fine di garantire la continuità di cura e assistenza delle persone e delle famiglie.

Equipe e reti integrate di Cure Primarie

Il modello proposto è incentrato sul lavoro in equipe e reti interprofessionali, intersettoriali e partecipative. L'unità assistenziale sociale e sanitaria di base opera all'interno delle CdC ed è costituita dai professionisti necessari a rispondere con risolutività ai problemi di salute epidemiologicamente più frequenti ed alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento. L'unità di base è supportata e collabora costantemente con reti assistenziali più ampie costituite da professionisti afferenti ai servizi territoriali (DSS), alla rete ospedaliera ed alle realtà formali o informali presenti sul territorio di riferimento. L'interazione e l'integrazione dei professionisti si attua attraverso la strutturazione di incontri in presenza o da remoto a cadenza stabilita che devono pertanto essere supportati da idonee strutture fisiche e strumenti informatici.

D. Cornice formativa e contrattuale

Accademia formazione e ricerca in cure primarie

Le cure primarie devono diventare disciplina universitaria e luogo di formazione e ricerca per tutti i professionisti sociali e sanitari che vi lavorano. In questo contesto la Medicina Generale diventa disciplina accademica con una propria attività clinica e di ricerca, definita da uno specifico Core Curriculum orientato alle cure primarie. Vengono promossi inoltre percorsi formativi che vedano coinvolte le tante figure professionali che si troveranno a lavorare insieme sul territorio, per la necessaria acquisizione di conoscenze condivise e meta-competenze propedeutiche al lavoro in equipe.

Nuova forma contrattuale per i professionisti delle cure primarie

La nuova forma contrattuale è lo strumento applicativo per garantire il diritto alla salute attraverso il modello di Primary Health Care descritto come nel Libro Azzurro, garantendo:

- Principio di uguaglianza tra i professionisti che operano in ospedale e sul territorio per favorire un criterio vocazionale di scelta.
- Coordinamento e governance dei servizi e operatori di cure primarie all'interno del DSS:
 - contratto unico all'interno del Servizio Sanitario pubblico per tutti gli operatori che lavorano nelle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e in tutti i Servizi afferenti al DSS
 - Sistema di remunerazione mista con quota fissa su base oraria e quota variabile per raggiungimento di obiettivi d'equipe.
 - Adattività del servizio e flessibilità organizzativa in base ad analisi locale dei bisogni: contrattualizzazione di attività specifiche quali riunione d'equipe e di rete assistenziale, formazione permanente, ricerca e co-progettazione; contrattualizzazione bottom-up di risorse, budget, indicatori.
 - Partecipazione della comunità nei processi di rilevazione dei bisogni e progettazione di interventi: assunzione di operatori dedicati al dialogo con gli attori comunitari e contrattualizzazione di ore dedicate alle attività con la comunità per tutti gli operatori.