

13. Medicina di prossimità: le proposte dei giovani medici

Annalisa Napoli, Federico Contu

I nodi irrisolti messi in luce dall'emergenza

Le crisi esistono e sono una delle potenziali declinazioni del cambiamento. È quanto il Servizio Sanitario Nazionale ha sperimentato di fronte all'imperversare dell'emergenza Covid-19, tra alterne fasi di costruzione e di ricostruzione, nelle quali sono emersi aspetti fondamentali per la salute pubblica. Basti pensare all'importanza della prevenzione, dell'assistenza territoriale, dell'integrazione sociosanitaria, di cui in passato ci siamo spesso dimenticati per concentrare attenzione, impegno ed investimenti esclusivamente sull'assistenza ospedaliera e sulla medicina specialistica.

Ma qualcosa sta cambiando. Prima della pandemia, la necessità di ricondurre la sanità alla sua finalità originaria, ovvero la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, veniva considerata anacronistica e non prioritaria. Oggi tali principi sono tornati di attualità, così come il ruolo centrale della sanità pubblica e delle cure primarie, che si auspica non vengano dimenticati quando il virus inizierà a fare meno paura.

Oltre alle nuove consapevolezze, l'emergenza ha messo in luce criticità mai adeguatamente affrontate.

Tra i nodi irrisolti del Servizio Sanitario Nazionale, il Rapporto della Corte dei Conti un anno fa, in pieno stato di emergenza, puntava il dito su una *“insufficienza delle risorse destinate al territorio che ha reso più tardivo e ha 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”*.

In alcune Regioni la rete dei medici di medicina generale e dei dipartimenti di prevenzione, cruciale nell'intercettare i pazienti all'esor-

dio dei sintomi, non ha funzionato. Tale risultato è da interpretarsi come diretta conseguenza di pregresse scelte di politica sanitaria, che negli ultimi anni hanno condotto ad un graduale definanziamento della sanità pubblica, in particolare nei riguardi del territorio.

L'emergenza Covid-19 è solo l'ultima delle sfide che le cure primarie hanno dovuto affrontare in questi anni, aggiungendosi a quella di riuscire a dare risposte adeguate a bisogni di salute sempre più complessi, legati all'aumento dell'aspettativa di vita (transizione demografica) e alla prevalenza delle patologie croniche (transizione epidemiologica). Tali processi hanno reso sempre più urgente un cambio di paradigma nell'assistenza primaria verso un modello proattivo e globale, incentrato sulla promozione della salute e sulla prevenzione, come sottolineava *Atul Gawande*, chirurgo e professore alla *Harvard Medical School* di Boston, che nel suo articolo sosteneva come i sistemi sanitari costruiti per “*spegnere gli incendi*”, anziché prevenirli, non fossero un modello funzionale efficace rispetto ad un quadro epidemiologico caratterizzato prevalentemente dalle cronicità. Un quadro nel quale gli “*incendi*” - ovvero le malattie - possono essere invece prevenuti grazie ad una integrazione tra assistenza ospedaliera e cure primarie, consentirebbe una risposta multidimensionale ai bisogni di salute, in virtù di un approccio di tipo globale, centrato sulla persona.

Ridisegnare la medicina generale alla luce del PNRR

La pandemia ha messo in luce tutti gli aspetti di fragilità del nostro Servizio Sanitario, evidenziando in maniera tangibile innanzitutto l'importanza ed il ruolo imprescindibile di un sistema di cure primarie efficiente.

Riformare la medicina generale rappresenta una priorità non più procrastinabile oltre che una tappa di strategica importanza per il Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) potrebbe essere una proficua opportunità per riorganizzare e potenziare la medicina del territorio partendo dalla disamina delle criticità slatentizzate dalla pandemia.

Tra gli obiettivi da raggiungere vi è in primo luogo il rinnovamen-

to culturale e scientifico della medicina generale, che deve avvenire attraverso una riforma della formazione in tale disciplina, poiché ancorata tuttora ad un sistema formativo di tipo non universitario, frammentato in corsi regionali estremamente variabili, poco professionalizzante, nel quale mancano percorsi di dottorato, un Settore Scientifico Disciplinare (SSD) o un dipartimento universitario di cure primarie, ed un core curriculum che stabilisca in modo univoco competenze da acquisire, obiettivi formativi da raggiungere e prove formali di verifica. Si tratta, peraltro, di un caso pressoché isolato dal momento che l'Italia è uno dei pochi Paesi in Europa a non avere una Scuola di specializzazione in Medicina Generale.

Alla luce di queste premesse, nell'ottica di una riqualificazione della formazione nell'ambito della Medicina Generale e di un potenziamento del sistema delle cure primarie e, con esso, di tutto il Servizio Sanitario Nazionale, risultano prioritari l'adozione e lo sviluppo di modelli, formativi e professionali, finalizzati ad indirizzare e a plasmare la produzione di figure e di profili volti a rispondere ai bisogni di salute del territorio, coerentemente con quanto proposto nel PNRR, nel quale una parte degli investimenti è dedicata allo sviluppo della rete dei servizi territoriali, quali Case di Comunità (CDC) ed Ospedali di Comunità (OSCO), e al potenziamento dell'integrazione tra le politiche sanitarie e sociali per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

Ma, per cambiare i modelli organizzativi è necessario partire dai modelli formativi, ponendo le basi per formare i profili professionali indispensabili a governare il cambiamento, ovvero medici di famiglia, pediatri di libera scelta, dipartimenti di prevenzione, medici di sanità pubblica, geriatri e i medici di comunità e cure primarie.

Per avere una medicina territoriale efficiente all'interno delle future Case di Comunità e degli OSCO, è necessaria la presenza di profili formati per lavorare in team multi professionali e che siano in grado di coniugare il ruolo assistenziale a quello organizzativo e di coordinamento, superando i modelli assistenziali e formativi attuali, rivelatisi anacronistici ed inefficienti, al fine di rispondere ai rinnovati bisogni di salute della popolazione.

Case di Comunità e la dura prova con la realtà

Il modello organizzativo proposto dal PNRR, quello delle Case di Comunità, può essere valido nella misura in cui si rivelerà in grado di farsi strada nei meandri dell'attuale medicina territoriale ponendo il medico di medicina generale quale figura centrale di coordinamento dell'assistenza, in stretta collaborazione con le altre figure e con gli altri servizi operanti sul territorio.

Le proposte contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sono attese, in primo luogo, dalla dura prova del confronto con l'attuale contesto, caratterizzato da medici di famiglia tuttora isolati nei loro ambulatori, circondati da una fitta rete di servizi sanitari con i quali sussistono estreme difficoltà di comunicazione. Tale modello, ormai anacronistico, si rivela inefficiente, soprattutto nelle grandi aree rurali e nelle periferie, nel rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle comunità.

Un'ampia fetta della popolazione è ad oggi tagliata fuori dai servizi sanitari: manca un sistema di reale integrazione tra medici di medicina generale e specialisti del territorio, con il conseguente acuirsi delle disuguaglianze in salute e delle difficoltà di accesso alle cure primarie, che determinano un aumento degli accessi alla rete ospedaliera e specialistica.

La medicina di prossimità, intesa quale strategia di sanità pubblica volta a garantire il diritto alla tutela della salute nei gruppi "*hard to reach*", trova dunque terreno poco fertile per realizzarsi proprio nei contesti già gravati da condizioni di marginalità socio sanitaria.

A farsi strada deve essere invece la concezione di una sanità pubblica in grado di esprimere una visione globale e sistemica della salute, considerata in tutte le sue dimensioni (non solo biologica, ma anche culturale e sociale), e volta ad intraprendere politiche ed azioni efficaci in ognuna di queste dimensioni, mediante un approccio di tipo intersettoriale e multidisciplinare che ruoti attorno al medico di medicina generale quale regista dell'assistenza primaria.

Per essere realmente efficienti, le Case di Comunità dovrebbero rappresentare un modello non meramente strutturale bensì funzionale, caratterizzato da:

- accesso, accoglienza ed orientamento dei cittadini;

- risposta ai bisogni multidimensionali di salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- continuità dell'assistenza tra diversi ambiti di cura: ospedalieri, territoriali e domiciliari;
- coordinamento di équipe interdisciplinari;
- programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ottica della presa in carico globale delle persone con patologie croniche e/o disabilitanti in tutte le fasi della malattia incluse quelle terminali;
- monitoraggio dei pazienti fragili all'interno di sistemi integrati.

Alla base devono esservi però modelli formativi adeguati a creare profili professionali in grado di rispondere alle nuove sfide alle quali è chiamato il Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 - Assistenza sanitaria
- <https://www.saluteinternazionale.info/2017/11/il-medico-che-ti-salva-la-vita/>
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85796
- Gavino Maciocco. Cure Primarie e servizi territoriali, Esperienze nazionali e internazionali. Carocci Faber, 2019.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457–502
- Definizione Europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia, WONCA Europe