

Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

**a cura di
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli**

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

In copertina: elaborazione grafica dei curatori

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione. Un Libro Bianco perché , di <i>Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli</i>	pag.	7
 I. L'impatto della pandemia da Covid-19 sul SSN		
1. I sistemi sanitari europei di fronte all'emergenza Covid-19: elementi di riflessione , di <i>Guido Giarelli</i>	»	13
2. Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza , di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	23
3. Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario , di <i>Valeria Quaglia, Marco Terraneo e Mara Tognetti</i>	»	31
4. La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA , di <i>Marco Arlotti e Michele Marzulli</i>	»	41
5. Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera , di <i>Stefano Neri</i>	»	49
6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA , di <i>Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini</i>	»	58
7. Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia , di <i>Elena Spina</i>	»	67

8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione, di Arianna Radin	pag.	77
--	------	----

II. Linee strategiche per il rilancio del SSN

9. Ambiente e promozione della salute, di Giorgio Osti e Marco Ingrosso	»	85
10. Il territorio e la salute di comunità, di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti	»	93
11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute, di Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina	»	99
12. L'innovazione digitale per la governance del SSN, di Monica Murero e Veronica Moretti	»	105
13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare, di Linda Lombi	»	110
Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN, di Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli	»	117
Notizie sugli autori	»	143

6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA

di Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini¹.

Il medico di Medicina generale (MMG) svolge alcune funzioni sistemiche essenziali per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, dunque, per l'effettiva realizzazione della tutela della salute garantita dall'art. 32 della Costituzione, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Nel primo paragrafo illustriamo sinteticamente le caratteristiche del profilo professionale del MMG, condivise a livello Europeo ed in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Nel secondo delineiamo gli elementi salienti delle politiche nazionali italiane. Nel terzo presentiamo i dati della nostra analisi relativa all'andamento del numero dei MMG negli ultimi decenni in prospettiva comparata europea e sub-nazionale. Nell'ultimo paragrafo discutiamo le condizioni strutturali dei MMG di fronte alla pandemia ed i recenti provvedimenti di *policy* (creazione delle USCA).

1. Il ruolo centrale dei MMG nei sistemi sanitari europei

I MMG giocano un ruolo fondamentale di riferimento per i e le cittadine di fronte alla malattia, in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e recentemente confermate nel documento europeo *World Family Doctors Caring for People* (Evans, 2011), che evidenzia le seguenti principali caratteristiche della MG: luogo di primo contatto all'interno del sistema sanitario, occupandosi di tutti i problemi di salute e sviluppando un approccio continuativo e centrato sulla persona; coordinamento

¹ Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Angela Genova ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Davide Servetti del paragrafo 2, Angela Genova e Simone Lombardini del paragrafo 3, Angela Genova e Carmine Clemente del paragrafo 4.

delle cure sanitarie per un loro utilizzo efficiente; promozione della responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (empowerment); capacità di gestire situazioni di emergenza ma anche di cronicità; promozione della salute della comunità considerando la dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale della salute stessa.

Tutti i paesi europei concordano su queste caratteristiche che trovano, però, specifiche declinazioni all'interno di contesti organizzativi diversi. I sistemi sanitari europei, infatti, pur condividendo uno stesso orientamento rispetto alla funzione della Medicina Generale e alla necessità di un suo potenziamento per garantire efficacia ed efficienza dei servizi sanitari (Saltman, Bankauskaite, Vrangbaek, 2005), hanno definito politiche diversificate.

2. I Medici di Medicina Generale in Italia: le politiche

Il MMG nelle politiche sanitarie italiane è figura chiave per l'accesso del singolo cittadino alle cure, interlocutore prioritario per i problemi di salute. Il nucleo di attività che qualifica principalmente la sua posizione nel sistema sanitario è riconducibile all'assistenza primaria, la cui definizione, come noto, è assai capiente².

Nel contesto regolativo italiano i MMG sono impiegati anche in altri ambiti della sanità territoriale, come la continuità assistenziale (ex “guardia medica”) – la quale, non senza contraddizioni interne all'ordinamento giuridico, prosegue ad essere tenuta distinta dall'assistenza primaria – la medicina dei servizi e l'emergenza sanitaria territoriale. Si comprende, quindi, come essi rappresentino una risorsa determinante nell'organizzazione dei servizi extra-ospedalieri e non stupisce come, da oltre vent'anni, il nostro sistema sanitario si sia proposto l'obiettivo di una piena integrazione della MG nell'organizzazione del distretto sanitario, con ripetuti tentativi di intensità crescente, finora solo parzialmente realizzati.

Tale obiettivo assume però connotati peculiari nell'ambito delle due principali problematiche di integrazione del nostro sistema sanitario (l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria) e delle rispettive declinazioni interne (istituzionale, organizzativa, gestionale, professionale), con le quali pure il ruolo del MMG ha a che fare. La peculiarità, infatti, risiede nella circostanza che il legislatore abbia storicamente riconosciuto una

² Sul concetto di assistenza primaria fa stato la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, i cui paragrafi VI e VII ne offrono una definizione assai ampia. Per una prospettiva storica dell'assistenza primaria in Italia v. E. Guzzanti (2009).

forte autonomia organizzativa della MG nei confronti del SSN, sotto il profilo sia individuale sia collettivo, attraverso tre scelte di politica sanitaria tra loro strettamente interconnesse:

1. aver garantito al singolo il diritto a scegliere liberamente, seppur con alcuni limiti, il proprio di MMG, facendo contestualmente leva sull'assistenza medico-generica gratuita quale primo presidio del principio di universalità del SSN;
2. aver costruito i rapporti tra MMG e SSN mediante il c.d. “modello convenzionale”, accordando alla negoziazione collettiva ampi margini non solo nella disciplina dei profili giuridico-economici del rapporto di lavoro autonomo, bensì anche nella individuazione delle attività della stessa categoria professionale, nonché delle forme di organizzazione della stessa nell'ambito del SSN;
3. aver affidato una larga parte di funzioni e attività costitutive della sanità territoriale alla MG e, più in generale, alla medicina convenzionata.

Tali scelte legislative hanno quale principale riferimento positivo l'art. 8 del d.lgs. 502/1992, che ha superato la precedente ambiguità dell'art. 25, comma 3, della legge n. 833/1978 rispetto alla possibilità che assistenza medico-generica fosse prestata anche da personale dipendente (Taroni, 2011). Come noto, l'art. 8 è stato successivamente più volte modificato, potendosi individuare i più significativi interventi di riforma in quelli apportati con il d.lgs. 229/1999 (c.d. riforma Bindi) e il d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012, c.d. riforma Balduzzi). Siffatte innovazioni non hanno posto in discussione le predette linee fondamentali di politica sanitaria, concentrandosi invece, precipuamente, sull'obiettivo di una sempre maggiore integrazione della MG nell'organizzazione della sanità territoriale, per garantire un'effettiva continuità dell'assistenza. Al fine di permettere l'accesso al servizio di MG per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nel 2012 il legislatore ha previsto l'esercizio in forma associata della professione all'interno di due moduli organizzativi (già presenti nell'Accordo collettivo nazionale del 2009): le AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Il carattere strutturale e multiprofessionale di queste ultime prefigura anche la sistematica (e non più meramente sperimentale) individuazione di centri territoriali per l'assistenza primaria, quali luoghi fisici nei quali concentrare sia una pluralità di professionisti (medici convenzionati associati, personale infermieristico dell'azienda sanitaria locale, personale dei servizi sociali comunali) sia strumentazioni di base per la diagnostica ambulatoriale secondo il modello delle c.d. Case della Salute (Benigni, 2010; Barbieri et al., 2018, Landra et al., 2019), la cui figura,

secondo le proposte più recentemente intervenute, può evolvere verso le c.d. Case della Comunità³.

L'attuazione di questi fondamentali principi concernenti la Medicina Generale e l'assistenza primaria è affidata all'Accordo collettivo nazionale, nonché ai conseguenti Accordi integrativi regionali, secondo la logica propria del "modello convenzionale" sopra menzionato. Il lento procedere lungo il cammino dell'esercizio in forma associata della MG, da un lato, e la forte eterogeneità e frammentarietà dei modelli regionali di organizzazione dell'assistenza primaria (pochi dei quali hanno realmente puntato sulla concentrazione in medesimi centri territoriali dei professionisti), dall'altro, avevano già evidenziato la difficoltà di allineare nei tempi e nella concreta attuazione gli accordi collettivi e la programmazione regionale. Le criticità di tale intreccio sono storicamente note e si sono ripresentate, con particolare gravità, nella vicenda di (assai limitata) attuazione della riforma del 2012. Alcuni studi condotti a questo proposito negli ultimi anni (D. Argenio Huppertz, 2019; Jorio, Servetti, 2019) pongono di fronte a un bilancio tendenzialmente negativo, nel quale molto pesano sia lo stallo della "contrattazione" collettiva (l'Accordo nazionale vigente resta quello del 2009 e l'adozione del nuovo è stata ripetutamente rinviata, mentre in molte Regioni gli accordi integrativi sono ancora precedenti all'ACN vigente) sia la debole conformazione dei SSR ai modelli organizzativi delle AFT e delle UCCP, il cui recepimento, ove avvenuto, è stato per lo più solo formale.

3. I MMG in prospettiva comparata

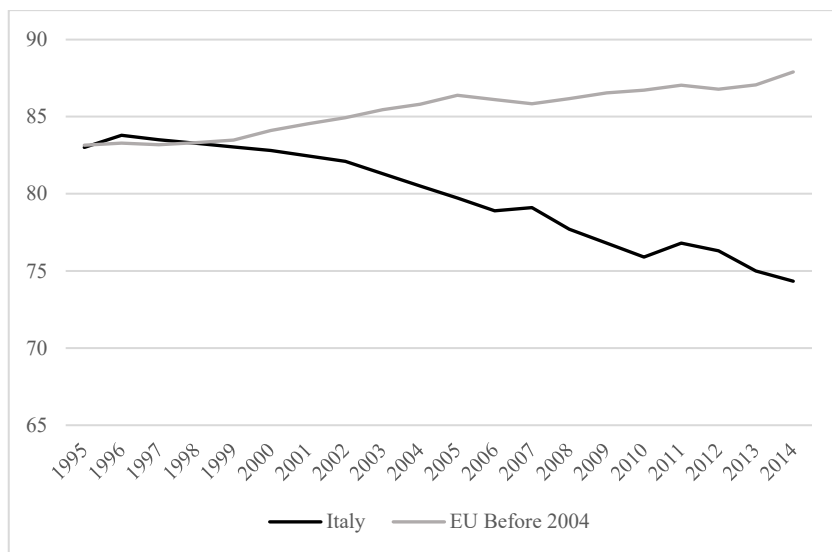
A fronte dei cambiamenti di policy qui evidenziati si possono porre i dati relativi al numero di MMG per 100.000 abitanti in Italia rispetto alla media Europea. L'analisi comparata evidenzia come nei paesi europei (che aderivano all'UE prima del 2004) la media sia aumentata nel tempo. Il dato italiano presenta, invece, una tendenza opposta di riduzione. Se negli anni '90, infatti, il dato italiano era in sintonia con quello medio europeo, dal 2000 assistiamo a una crescente differenziazione con un evidente calo.

La riduzione del numero dei MMG su 100.000 abitanti in Italia deve inoltre essere messa in relazione con le modifiche nell'andamento demografico:

³ Si vedano la proposta elaborata dal movimento "Prima la comunità" e il relativo manifesto (www.primalacomunità.it), nonché gli indirizzi di riforma della sanità territoriale presentati dai rappresentanti del Ministero della salute in audizione presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica il 20 ottobre 2020 (sui quali v. ad es. Fassari (2020)).

al relativo aumento della popolazione anziana corrisponde un aumento della domanda di assistenza e cura sanitaria. Il calo nel numero dei MMG si presenta, quindi, particolarmente critico nel contesto demografico italiano. Nel 1995, infatti, gli over 65 rappresentavano il 16,6% della popolazione e nel 2012 il 21% (WHO, 2020).

Fig. 1 – Andamento del numero di MMG su 100.000 abitanti in Italia e dato medio europeo (EU – paesi prima del 2004) Fonte: HFA, nostra elaborazione



Il dato nazionale complessivo di riduzione dei MMG su 100.000 abitanti presenta delle marcate differenze territoriali, risultato del processo di regionalizzazione del nostro sistema sanitario. Le regioni del nord ovest e del nord est hanno in proporzione ridotto maggiormente il numero di MMG sulla popolazione. In particolare, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, ma anche Emilia-Romagna e Toscana sono le regioni più interessate dal calo.

La percentuale di MMG con più di 1500 pazienti è complementare al dato sulla riduzione dei MMG sul numero di abitanti e conferma come nel tempo il suo aumento sia stato maggiore in alcune regioni, prima tra tutti la Lombardia.

Fig. 2 – Medici di Medicina Generale per 100.000 abitanti nelle Regioni Italiane, 2017.
Fonte: HFA, nostra elaborazione

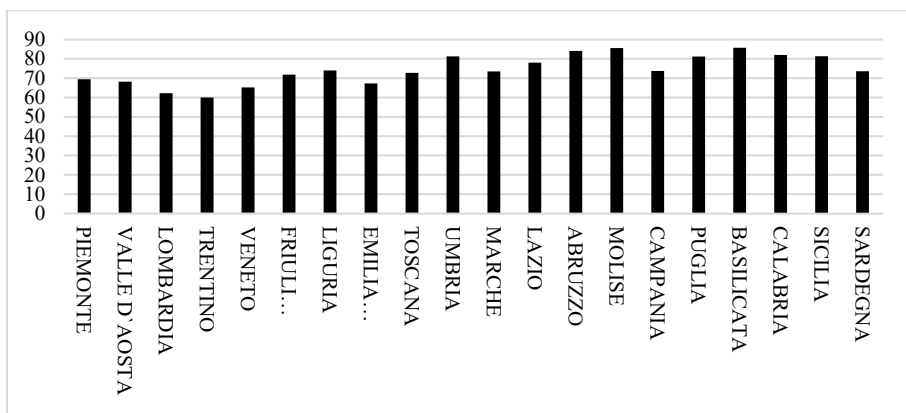
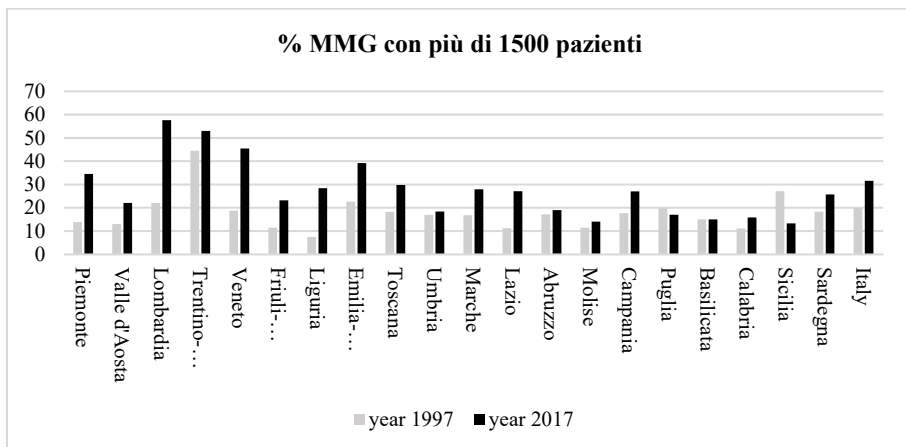


Fig. 3 – Percentuale di MMG con più di 1.500 pazienti. Fonte: HFA nostra elaborazione



4. I MMG di fronte all'emergenza Covid-19

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato la posizione chiave della MG nel sistema sanitario italiano e l'indifettibilità del suo ruolo per una corretta gestione del paziente, insieme a rilevanti criticità sia numeriche che organizzative ricollegabili ai ritardi e alle inattuazioni sopra menzionate. La drastica riduzione nel personale in Italia è un dato strutturale che ha riguardato tutti i medici, ed elemento ancora più drammatico è che questo processo non è stato adeguatamente governato attraverso un riequilibrio con il potenziamento di

altre professionalità e competenze (Vicarelli Pavolini, 2015), inducendo a un depauperamento delle risorse professionali nel nostro sistema sanitario. La discrezionalità esercitata a livello regionale ha amplificato i processi in alcune regioni che sono, quindi, risultate particolarmente vulnerabili all'emergenza pandemica. I MMG rappresentano anche il 41% dei medici morti per Covid-19 (78, inclusi 6 pediatri – sul totale di 191) a dimostrazione del loro diretto coinvolgimento nella gestione pandemia⁴.

In tale quadro gli interventi del legislatore statale si sono rivolti, da un lato, al potenziamento degli organici della medicina convenzionata, con particolare riferimento alle attività di continuità assistenziale, dall'altro alla creazione di strutture organizzative ad hoc per potenziare l'attività territoriale per il fronteggiamento dell'emergenza pandemica.

In primo luogo, analogamente a quanto previsto per il personale e sanitario dipendente del SSN, si sono previste deroghe (temporanee) a requisiti e limiti posti al reclutamento di nuovi MMG, che hanno consentito la stipulazione di convenzioni a tempo determinato anche nei confronti di medici ancora iscritti ai corsi di formazione specifica in MG e ai corsi di specializzazione (art. 2-quinquies, d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020).

In secondo luogo, è da rimarcare l'introduzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), quale struttura organizzativa *ad hoc* per fronteggiare le straordinarie esigenze di gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, consentendo al contempo al MMG (e anche al PLS e al di continuità assistenziale) di garantire l'attività assistenziale ordinaria.

L'attivazione delle USCA è stata demandata alle Regioni nel termine di 10 giorni dall'entrata in vigore del d.l. 14/2020 (v. art. 8, poi sostituito dall'art. 4-bis del d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020, che ne reca la disciplina tuttora vigente). Esse devono essere istituite presso una sede di continuità assistenziale già esistente, nella misura di una unità speciale ogni 50.000 abitanti. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in MG; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto

⁴ Peraltro, è attualmente in corso un dibattito in merito al riconoscimento dall'infortunio, al momento previsto unicamente per i medici ospedalieri e non per i MMG (secondo l'art. 42 del decreto 18/2020 – convertito nella legge 27/2020).

un compenso lordo di 40 euro ad ora. Spetta al MMG (nonché al pediatra di libera scelta o al di continuità assistenziale) comunicare alle USCA il nominativo e l'indirizzo dei pazienti interessati.

La possibilità di inserire anche altre professioni è stata prevista dal legislatore statale nell'art. 1, d.l. 34/2020, conv. l. 77/2020. Il potenziamento dei servizi territoriali ivi previsto include l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (in un rapporto non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti). Il decreto estende inoltre ai medici specialisti ambulatoriali la possibilità di partecipare alle USCA, così come agli assistenti sociali (per svolgere attività di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e favorire l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari del territorio) e agli psicologi.

L'istituzione delle USCA e le altre misure di fronte all'emergenza pandemica (fra queste ultime anche la possibilità di fare tamponi per la diagnosi del Covid-19 presso i MMG) confermano che alcuni temi centrali relativi alla figura professionale del MMG, come la sua formazione e la sua integrazione nella rete dei servizi sanitari, restano aperti. Rimangono, quindi, ancora non affrontate alcune questioni chiave nelle scelte di policy degli ultimi anni, responsabili del depauperamento della MG e della marcata differenziazione regionale.

Tale situazione è riconducibile a due diverse dimensioni: i processi di riorganizzazione territoriale delle politiche, noto come *rescaling*, e le relazioni tra attori coinvolti, noto come *governance delle politiche*. Per quanto riguarda il *rescaling* delle politiche sanitarie italiane, la pandemia ha rivelato la miopia di un processo di regionalizzazione marcato, frutto delle politiche di decentramento neoliberiste degli ultimi decenni (Brenner, 2004; Saltman, 2008) che ha determinato sistemi regionali con offerta dei servizi differente (poche regioni hanno investito in sistemi regionali di cure primarie) ma soprattutto non equa, sollevando il tema delle disuguaglianze territoriali e della mancata equità nell'accesso alle cure (Pavolini, Vicarelli, 2012).

Per quanto riguarda la *governance* del sistema sanitario, la pandemia ha mostrato la debolezza e ambiguità del rapporto tra MMG e il resto del sistema sanitario. Ha messo a nudo, cioè, un gap strutturale tra cure primarie e il resto delle cure (ospedale e alta specializzazione), ma anche un gap tra cure primarie e il resto del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione, perché la salute è molto più che assenza di malattia (Marmot, 2005). La pandemia ha messo in luce, inoltre, la frattura tra sistema sanitario e sociale, lasciando scoperti tanti bisogni della popolazione. Il tentativo di inserire un assistente sociale nelle USCA è tardivo e rischia di essere poco efficace dove mancano le relazioni tra il sistema sanitario e il territorio, la

comunità, i servizi sociali dei comuni che curano la promozione del benessere del territorio conoscendo la comunità nei suoi bisogni e nelle sue risorse.

Bibliografia di riferimento

- Argenio Huppertz D. (2016), “L’applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie”, in C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Barbieri L., Botturi D., Cacciapuoti I., Donatini A. (2018), *Le case della salute in Emilia-Romagna*, Regione Emilia-Romagna.
- Benigni B. (2010), *La casa della salute ovvero La salute è di casa. Nuova infrastruttura del welfare italiano*, Roma, Edizioni Libertà.
- Brenner N. (2004), *New state spaces: Urban governance and the rescaling of statehood*, Oxford University Press, Oxford.
- Evans P. (2011), *Wonca Europe 2011 Edition. The European definition of General Practice*.
- Fassari L. (2020), *Riforma della medicina del territorio. “Legge Balduzzi incompiuta ora puntiamo su Case e ospedali di comunità, assistenza domiciliare ‘hi-tech’ e nuove Rsa”*. Il Piano del Ministero, «Quotidiano Sanità», 22 ottobre 2020.
- Guzzanti E. (2009), *L’assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, a cura di M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.
- Jorio E., Servetti D. (2019), *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, «Corti Supreme e Salute», 2, pp. 259-287.
- Landra S., Prandi F., Ravazzini M. (a cura di) (2019), *La salute cerca casa*, Derive e Approdi, Roma.
- Marmot M. (2005), *Social determinants of health inequalities*, «The Lancet», 365(9464), pp. 1099-1104.
- Pavolini, E., Vicarelli, G. (2012), *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*, «Current Sociology», 60(4), pp. 472-488.
- Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (2005), *Primary care in the driver’s seat?: Organizational reform in European primary care* (Vol. 51). McGraw-Hill Education (UK).
- Saltman R.B. (2008), *Decentralization, re-centralization and future European health policy*, «European Journal of Public Health», 18(2), pp. 104-106.
- Taroni F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma.
- WHO European Data Warehouse <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (15/11/2020).
- Vicarelli G., Pavolini E. (2015), *Health workforce governance in Italy*, «Health Policy», 119(12), pp. 1606-1612.

10. Il territorio e la salute di comunità

di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti¹

1. I fallimenti del sistema di cure primarie

L'emergenza pandemica ha messo in evidenza numerose e importanti falle nell'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie e delle azioni di cure, nonostante la capacità di reazione dimostrata già a partire dagli esordi dell'epidemia. Le falle non riguardano esclusivamente aspetti organizzativi, ma si radicano nella difficoltà, di ordine innanzitutto culturale e politico, di intrecciare dimensioni sanitarie e sociali, individuali e comunitarie, istituzionali e interistituzionale in modo efficace, produttivo, protettivo. In particolare, e senza pretesa di esclusività, richiamiamo l'attenzione sull'evidente fallimento di interventi incentrati sul "paziente" inteso come prevalentemente "corpo malato", e non come "persona portatrice di bisogni"; sui ritardi e le resistenze a una compiuta integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale; sull'affanno della risposta dell'assistenza primaria ai bisogni dei pazienti, e ciò non per volontà degli attori, ma per la insufficiente implementazione di indirizzi di politica sanitaria presenti nel nostro sistema fin dalla 1.833/78.

Si tratta, più in generale, del fallimento di una sanità strutturata a partire dall'offerta dei servizi di salute e non a partire dai bisogni, sanitari e sociali, delle persone e delle comunità, letti e interpretati in modo integrato. In buona sostanza, la crisi pandemica ha reso evidente che in Italia, seppur con tutte le differenze regionali esistenti, l'organizzazione della sanità ha finora interpretato il tema del "paziente al centro" e della "personalizzazione delle cure" come una rinnovata edizione dell'applicazione del paradigma biomedico.

¹ Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Carmine Clemente ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Michele Marzulli del par. 2, Angela Genova e Davide Servetti del paragrafo 3.

2. Quali le ragioni del fallimento?

L'esplorazione di questo stato di cose ripropone riflessioni già note al dibattito circa le ragioni che hanno influenzato le risposte fin qui poste in essere dal sistema sanitario e sociale.

In primis, richiamiamo l'attenzione sulla mancanza di una reale integrazione strutturale e organizzativa della medicina territoriale, e in particolare dei medici di medicina generale (MMG), nel sistema delle cure. Le già richiamate vicissitudini della riforma normativa della medicina territoriale sono soltanto alcuni dei fattori di tale mancata integrazione. Si tratta di una carenza che ha determinato, e determina ancora costi individuali e sociali relevantissimi: pressione indebita sugli ospedali; scarsa continuità delle cure erogate a domicilio; senso di abbandono nelle persone malate di Covid-19 e di altre patologie, con la richiesta di ospedalizzazione come unica soluzione alternativa; elevato numero di personale sanitario, in particolare MMG contagiati e deceduti; numero rilevante di decessi.

Un'altra importante ragione risiede, a nostro avviso, in una strutturazione dei servizi per la salute e le cure cui è sottesa una rappresentazione che non prevede il riconoscimento della complessità e dell'importanza proprio della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, nel sistema delle cure. Gli indicatori di tale mancanza sono stati più volte denunciati: a titolo di esempio richiamiamo la carente riorganizzazione della medicina territoriale stessa, a cui non è estranea una certa resistenza al cambiamento organizzativo da parte delle rappresentanze della Medicina Generale, nonostante i ricorrenti tentativi di riforma (dal dlgs. 229/99 al dl. 158/2012); scarsi investimenti a livello regionale, numero elevato di pazienti per un crescente numero di MMG, mancanza di ricambio generazionale.

Anche la carenza del riconoscimento e dell'utilizzo della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, come "antenna dei bisogni" di salute, psicologici e sociali manifestati dagli abitanti dei territori e dagli appartenenti alle comunità, ha reso evidente i propri effetti nel corso della crisi pandemica. In molti territori essa si accompagna alla manifesta incapacità del livello politico e degli amministratori di integrare in modo sistematico il tema della salute in una visione ampia dei bisogni e delle risorse espressi dalle comunità.

In questa prospettiva, è il caso di ricordare alcuni elementi che concorrono a costituire il nucleo di una diffusa e stabilizzata rappresentazione riduttiva delle cure primarie. Si tratta infatti di cure che vengono spesso ritenute di minore importanza rispetto a quelle ospedaliere e specialistiche; incentrate sul paziente, visto come corpo malato, e non costruite per la persona portatrice di bisogni multipli; cure rappresentate come indipendenti dalla

loro dimensione sociale in cui ogni persona vive, opera, e costruisce la propria esperienza di salute e di malattia; dimentiche, infine, della rilevanza e della forza delle reti sociali, istituzionali e di comunità nel rispondere ai bisogni di salute espressi dalle comunità.

Più in generale, è rilevabile in tutto questo la forte sottovalutazione del distretto quale luogo della conoscenza e della “lettura” dei territori e delle comunità in termini di risorse, rischi, bisogni, così come della conoscenza delle basilari forme di funzionamento del sociale e della conoscenza delle modalità di relazione tra le istituzioni in generale e, in particolare, tra le istituzioni sanitarie e le altre istituzioni sociali.

3. Cosa fare per un sistema di cure primarie inclusive?

Come appare evidente, la crisi pandemica indica la necessità di introdurre un cambio di prospettiva, che possa incorporare i principi della *Primary Health Care* nel nucleo delle rappresentazioni riguardanti l'erogazione delle cure: 1. la salute come diritto fondamentale; 2. *comprehensive primary health care*; 3. potenziamento del distretto; 4. territorializzazione delle cure primarie; 5. politiche abitative ed educazione permanente; 6. case della salute; 7. partecipazione della comunità; 8. équipe e reti integrate di cure primarie; 9. cure primarie come disciplina accademica; 10. formazione e ricerca in cure primarie; 11. nuova forma contrattuale (Vedi Libro Azzurro della Campagna, 2018, *Primary Health Care: Now or Never*; e il movimento “Prima la comunità”).

3.1 La conoscenza dei territori

Innanzitutto, è necessario promuovere la conoscenza dei territori attraverso una costante e aggiornata mappatura dei bisogni, delle opportunità e dei rischi relativi a tutta la popolazione, con attenzione particolare ai bambini e alle bambine e alle persone anziane. Questo può essere realizzato utilizzando tutte le “antenne” disponibili: da quelle sanitarie – *in primis* utilizzando la vasta mole di conoscenze della vita quotidiana e dei bisogni dei cittadini posseduta dei MMG e dei PLS – a quelle sociali presenti in ogni territorio, spesso marginalizzate e non utilizzate in questo ruolo di interpreti dei bisogni e di risorse individuali e di comunità: la scuola e le attività educative extrascolastiche; il terzo settore e il volontariato; i servizi sociali, spesso percepiti come forma residuale di protezione sociale, per i quali è

necessario recuperare le funzioni di monitoraggio delle comunità e di promozione dell'*empowerment* delle comunità stesse.

3.2 Il capitale sociale di comunità

È necessario, inoltre, utilizzare il capitale sociale a disposizione per promuovere l'integrazione anche superando la visione esclusivamente interistituzionale e organizzativa dell'integrazione stessa. In quest'ottica, è imprescindibile riconoscere l'importanza del capitale sociale non esclusivamente come attributo individuale, ma anche come attributo delle comunità allo scopo di valorizzare ed eventualmente di promuovere la densità relazionale, protettiva degli individui e dei territori stessi, per intercettare i bisogni, compresi quelli di salute, e per dare loro risposta adeguata.

3.3. La partecipazione delle cittadine e dei cittadini

In questo quadro di auspicabile mutamento, in linea con quanto indicato a livello europeo, è necessario promuovere la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni in ogni territorio per l'individuazione e la lettura dei bisogni, dei rischi e delle opportunità, e per la costruzione delle risposte istituzionali e interistituzionali, con la conseguente valorizzazione del costante dialogo tra sistemi esperti e saperi laici, pratici ed esperienziali, e tra cittadini, istituzioni e amministratori. La "ricostruzione" non può prescindere dal coinvolgimento della comunità e dalla valorizzazione delle sue risorse se si vuole costruire un sistema territoriale di assistenza *inclusivo*. In questo modello la comunità è definita dalle risorse – reti relazionali, risorse personali, familiari e sociali, forme partecipate di dialogo aperto – che sono mobilitate in modo consapevole e sistematico dai pazienti come fattore chiave per raggiungere gli obiettivi di salute e benessere. «La Promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute»: questa nota raccomandazione contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, così come quanto suggerito dalla stessa OMS nella Carta di Bangkok del 2005, sottolineano il ruolo strategico della partecipazione della comunità nell'elaborare programmi destinati ad avere un impatto sulla salute.

3.4 Salute in prospettiva bio-psico-sociale

Infine, la crisi pandemica ci indica che è necessario costruire i temi di salute in una genuina visione bio-psico-sociale prospettica: non soltanto attenzione alla popolazione adulta e anziana e ai bisogni meramente sanitari, ma grande attenzione alla vita e alla struttura delle comunità e delle persone che in essa vivono, comprese le nuove generazioni, che per fortuna non esprimono importanti bisogni sanitari, e alla *next generation*. Ciò obbliga a ragionare in termini etici e di giustizia intergenerazionale, imponendo una sistematica riflessione sull'utilizzo corretto delle risorse per la salvaguardia dell'ambiente non soltanto a livello globale, ma anche, e soprattutto, a livello dei singoli territori.

3.5. Le Case della Comunità

Un sistema di cure primarie inclusive necessita di servizi territoriali che, facendo tesoro dalle buone pratiche da tempo attuate in alcune regioni italiane, siano un punto di riferimento sicuro per i cittadini e le cittadine come delineato nella proposta delle Case della Comunità, peraltro recentemente inclusa nelle linee di riforma presentate dal Ministero della Salute in sede parlamentare (20 ottobre 2020). Un luogo in cui i bisogni di salute e di assistenza possano trovare risposta integrata in un sistema capace di garantire l'equità di accesso, di orientamento e di presa in carico non solo multidisciplinare, ma anche interprofessionale e intersettoriale, con il supporto di un'adeguata tecnologia digitale. Le Case della Comunità si prospettano quindi come servizi al centro della vita della comunità locale e punti di incontro tra servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Modulate sulla base delle caratteristiche sociodemografiche dei territori prevedono la presenza di servizi di base. Lo spirito di integrazione emerge dall'insieme coordinato dei servizi in essa offerti: medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenza specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, attività di diagnostica strumentale di I livello, area dell'accoglienza, sportello CUP, punto unico d'accesso, area della sorveglianza temporanea e servizi sociali. A questi si aggiungono servizi più specializzati come assistenza ambulatoriale complessa e ambulatori in connessione alla rete della terapia del dolore e cure palliative. Un adeguato supporto amministrativo all'interno delle singole Case della Comunità permetterebbe una piena valorizzazione dei diversi saperi professionali troppo spesso gravati da

processi di burocratizzazione, per la creazione di servizi territoriali integrati per la salute del singolo cittadino, ma anche delle famiglie e delle comunità.