

# Può la sostenibilità del Sistema Nazionale Sanitario nel post COVID basarsi sulle Cure Primarie?

Stefano Celotto, Ignazio Grattagliano, Claudio Cricelli

SIMG

## Il tempo che stiamo vivendo

In questi mesi di pandemia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha vissuto una grave crisi, questa volta non causata da problematiche sociali o di categoria, ma legata a un fattore esterno impreveduto, il COVID-19, che ha messo in crisi certezze cristallizzate di sistemi lavorativi consolidati ma ormai superati da decenni. Tuttavia, la storia ci insegna che a volte le crisi possono rivelarsi delle opportunità se si chiudono con cambiamenti risolutivi di vecchi problemi e con il raggiungimento di un migliore equilibrio tra lavoro e relazioni private e sociali. La risoluzione della crisi corrente porterà in futuro i medici a lavorare in modo diverso e tutti, medici e assistiti, dovranno sin da ora essere consapevoli di dover rinunciare ad alcuni tradizionali aspetti peculiari rispettivamente della professione e del rapporto medico-paziente a favore dello snellimento burocratico e delle semplificazioni logistiche. L'accelerazione nella revisione dell'organizzazione del SSN imposta dalla pandemia sta infatti portando a rapidi e inevitabili cambiamenti, ad esempio, nel modo in cui i medici si consultano e valutano le condizioni dei pazienti attraverso l'utilizzo, con sempre maggiore frequenza e

dimestichezza, di quanto l'innovazione digitale mette a disposizione in alternativa alla consultazione in presenza.

## Sintesi della visione attuale

Ogni valutazione di riforma del SSN deve necessariamente partire da un'analisi dei bisogni della popolazione. Analizzare il servizio erogato senza compararlo con i bisogni rischia di mostrare un quadro incompleto della situazione in atto.

Un elemento fondamentale se non il principale in qualsivoglia ridefinizione del SSN è l'invecchiamento della popolazione che sta avendo un profondo impatto sulla natura dell'assistenza sanitaria richiesta e fornita dal SSN. Occorre considerare infatti che oggi la maggior parte dei ricoveri ospedalieri sono rappresentati da pazienti anziani e che ogni giorno aumentano le richieste di attivazione di ADI e di istituzionalizzazione di anziani. A tutto ciò si aggiunge la considerazione che il 60% delle persone over-65 vive oggi con almeno una condizione cronica e la maggior parte di loro con due o più. La multimorbilità, dunque, sta rapidamente diventando la norma tra le persone con malattia a lungo termine, rappresentando ormai una condizione annoverabile tra i

fattori di rischio indipendenti di vulnerabilità nei confronti di malattie intercorrenti (ad es. COVID-19) e che richiede uno sforzo aggiuntivo da parte del SSN in campo di prevenzione. La gestione della multimorbilità prevede una organizzazione sanitaria basata sulla presa in carico efficace della persona con l'obiettivo di evitare la frammentazione delle cure in quanto radice di aumento dei costi, scarsa qualità delle cure e crescenti disuguaglianze sanitarie.

Il bisogno della popolazione, tuttavia, non è oggettivamente unicamente con le prestazioni erogate rispetto alle singole patologie di cui il paziente soffre: la necessità di un canale di comunicazione affidabile e diretto volto all'*empowerment* e alla formazione del cittadino rappresenta una caratteristica imprescindibile per evitare che il paziente si affidi a fonti di informazione di dubbia attendibilità mettendo a rischio la propria salute, come già avvenuto in passato in diverse occasioni (ultima delle quali le cure domiciliari precoci per COVID-19).

Nel prossimo futuro, le sfide che il SSN dovrà necessariamente affrontare nel suo rinnovamento includono:

- l'invecchiamento della popolazione;
- l'aumento del numero di pazienti con cronicità e multimorbilità;

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

**How to cite this article:** Celotto S, Grattagliano I, Cricelli C. Può la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nel post COVID basarsi sulle Cure Primarie? Rivista SIMG 2021;28(5):25-27.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

- la cura non frammentata;
- l'assistenza integrata;
- la prevenzione delle malattie;
- il coinvolgimento dei pazienti, dei loro caregiver e delle comunità;
- la prossimità delle cure;
- la capillarità delle cure;
- la continuità delle cure, in particolare nel passaggio da un setting assistenziale a un altro;

La sostenibilità del SSN e delle Cure Primarie potrà essere garantita solo se:

- continuerà a fornire alta qualità di assistenza e favorirà ulteriormente l'accessibilità ai servizi;
- migliorerà il coordinamento delle cure;
- si sosterranno i servizi di assistenza primaria;
- migliorerà l'uso della tecnologia;
- si coinvolgeranno i pazienti nelle decisioni sulla loro salute

La Medicina Generale può ritenersi orgogliosa di gran parte delle cure che è riuscita a dispensare in questo periodo di pandemia, garante di quel generalismo, in tutte le sue sfaccettature che vanno dalla medicina ambulatoriale a quella sociale e di comunità. È stata proprio la pandemia di COVID-19 che ha quanto mai ricalcato la necessità di rivedere e rinforzare l'assistenza territoriale, la sola in grado di garantire ed espletare un'attività medica in modo olistico ed economicamente vantaggiosa per l'intero SSN. La medicina personalizzata, a misura di paziente, richiede un'approfondita conoscenza dei bisogni e necessita di disporre di strumenti utili a stratificare la popolazione in modo da rispondere efficacemente alle esigenze che via via si presentano. Ed è unicamente attraverso questi strumenti che il medico di famiglia è in grado di mettere in atto progetti di medicina di iniziativa volti alla prevenzione delle patologie. Sicuramente ci sono degli strumenti informatici che devono essere implementati e resi indispensabili per lo svolgimento dell'attività clinica, ma la sola tecnologia non è sufficiente a far fronte alle sfide di una popolazione che invecchia e con quadri clinici complessi.

Il medico di medicina generale (MMG) da solo non può assolvere tutti questi compiti, per questo sarà necessario riformare profondamente il sistema con il fine di rendere

sostenibile la stessa medicina del territorio intesa come parte integrante del SSN e non a sé stante come spesso la si vuol far passare. Durante l'epidemia di COVID-19 non è stata fornita alcuna dotazione straordinaria di personale infermieristico, alcun supporto per l'erogazione dei servizi (sanificazione degli ambienti, dotazione di DPI, fornitura di device diagnostici), alcun supporto gestionale o diagnostico per affrontarla, quasi come se la Medicina di Famiglia non facesse parte del SSN. L'efficienza della Medicina Territoriale, questione di estrema rilevanza anche per la sostenibilità dell'intero SSN, potrà essere garantita soltanto assicurando personale amministrativo e sanitario, favorendo l'associazionismo, la creazione di reti e la condivisione con gli specialisti di progetti di cura e obiettivi. In questo la tecnologia può fare la differenza non solo nello svolgimento dell'attività clinica, ma anche in termini di migliore gestione del paziente e guadagno in qualità di vita. Tutte queste condizioni hanno evidentemente dei risvolti positivi anche sul piano della spesa sanitaria. L'evoluzione della Medicina Generale e delle Cure Primarie necessita di nuovi strumenti e di una migliore organizzazione per rispondere ai nuovi bisogni evidenziati dalla pandemia. I modelli di aggregazione funzionale (AFT) proposti dalla Medicina Generale possono rappresentare una prima, pur embrionale, risposta a queste rinnovate esigenze e ai bisogni di salute della popolazione, attraverso la disponibilità di interventi sanitari coordinati e basati sulla disponibilità di personale infermieristico e amministrativo. Tuttavia, la necessità di condividere con gli altri professionisti sanitari spazi e tempi dedicati alla realizzazione dei progetti, all'audit clinico, alla segnalazione di criticità nei processi rappresenterebbe, nelle sedi in cui le caratteristiche demografiche e orogeografiche del territorio lo permettessero, un ulteriore passo avanti per una reale integrazione. Questa condivisione di spazi, tramite una contestualizzazione dei percorsi di accesso al servizio, riuscirebbe a garantire al paziente una risposta rapida e con un professionista sanitario dedicato per l'intero periodo diurno, periodo in cui il riferimento assoluto per il paziente è la Medicina Generale.

## La Medicina Generale oltre il COVID

La pandemia da SARS-CoV-2 che ha colpito finora oltre 140 milioni di persone nel mondo superando i 3 milioni di morti (tasso di letalità > 2% dei soggetti con infezione sintomatica accertata), ha soprattutto negli ultimi mesi evidenziato come l'assistenza portata a domicilio con terapie sintomatiche e l'attento monitoraggio dei pazienti gestiti dai MMG abbia rappresentato, in affiancamento alla vaccinazione, il perno della battaglia contro il COVID-19, consentendo in molti casi di evitare la malattia grave e l'accesso all'ospedale. La Medicina Generale, in autonomia, con limitate risorse e senza supporto supplementare da parte delle istituzioni del SSN, ha disposto il triage telefonico e costruito il cordone sanitario intorno al domicilio e agli studi medici; ha effettuato formazione sulla gestione delle fasi precoci di malattia, tramite un *empowerment* del paziente rispetto all'automonitoraggio (anche tramite strumenti a lui prima sconosciuti, quali il saturimetro); ha realizzato iniziali criteri di stadiazione della evoluzione di malattia e sua valutazione clinico-strumentale; ha effettuato test diagnostici in assenza pressoché totale di supporto infermieristico. Successivamente, l'avvento di terapie innovative (anticorpi monoclonali specifici anti COVID-19) ha da un lato avvicinato i medici curanti del paziente agli specialisti ospedalieri realizzando quell'estensione di competenze reciproche tra ospedale e domicilio (*linkage to care*), dall'altro ha reso il MMG potenziale prescrittore di questa classe di molecole consentendogli di prendere finalmente piena coscienza di una nuova categoria di farmaci e di rendersi decisore della storia naturale della malattia di COVID-19. Questa esperienza rivela estremamente vantaggiosa anche in termini economici per il SSN, ha permesso di fronteggiare molti casi di COVID-19 con una spesa di circa 2000 euro/paziente (infusione monoclonali) rispetto al costo medio di 1500 euro al giorno per ricovero in terapia intensiva o di 2000 euro al giorno in rianimazione con una media di 20-30.000 euro a paziente per l'intera degenza, rappresentando dun-

que un chiaro esempio di sostenibilità per il SSN.

Tra gli ostacoli all'efficientamento della Medicina Generale, tuttavia, sono presenti 3 aspetti strettamente legati tra loro, raramente valutati dalle analisi, ma necessariamente da superare:

Il deficit formativo dei MMG: la formazione specifica in Medicina Generale è garantita da corsi regionali che non hanno, almeno al momento, standard formativi uniformi, un core curriculum, criteri minimi di accreditamento e di valutazione delle competenze. La necessità di strutturare una formazione definita, chiara e centrata sul ruolo (clinico) del MMG è a questo punto imprescindibile per non delegare la rappresentazione delle competenze ai contratti di lavoro o alle visioni politiche, spesso imprecise, che i decisori hanno della Medicina di Famiglia. D'altra parte, questa imprecisione è evidente nell'ambito della formazione continua garantita dalle Aziende Sanitarie, dove il focus è prevalentemente centrato sugli aspetti burocratici. L'aggiornamento clinico avanzato è delegato alle Società Scientifiche che, pur nella volontà di raggiungere il maggior numero di MMG possibile, è limitata dalla volontà del singolo ad aggiornarsi su argomenti ulteriori. La necessità è quella di una formazione sul campo, attuabile trasversalmente, non solo tramite lezioni frontali, ma anche tramite processi di *self-audit* e

condivisione e affiancamento se la sede di lavoro è condivisa.

La burocrazia e il demansionamento: se la formazione obbligatoria si concentra prevalentemente sulla burocrazia è perché i carichi burocratici sono andati progressivamente ad aumentare raggiungendo picchi quasi insopportabili durante la pandemia di COVID-19, togliendo energie e tempo per la prevenzione e la presa in carico della cronicità e della fragilità, fulcro della Medicina Generale. Un processo di deburocratizzazione, eventualmente anche tramite leggi ad hoc che favoriscano un blando *task-shifting* (come avrebbe potuto accadere per l'esecuzione dei test diagnostici per COVID, da affidare a personale infermieristico, ma limitato dalla cronica scarsità di personale in dotazione agli studi di Medicina Generale italiani), permetterebbe al medico di famiglia di dedicarsi prevalentemente al lato clinico della professione, garantendo una migliore presa in carico del paziente e un minore stress lavorativo

Il rischio di *burnout*: è noto che il primo riferimento del paziente sono le Cure Primarie e il primo punto di accesso attualmente è rappresentato da una sola persona: il proprio MMG, unico e ultimo punto di accesso gratuito per quanto riguarda ogni problema non urgente. E questo riguarda sia gli aspetti clinici che quelli burocratici che si assommano a quanto incompiuto o impreciso compilato presso altre sedi. L'aumento

del carico clinico e burocratico ha portato molti colleghi a lasciare la professione anticipatamente o accedere ad altre branche mediche, entrando in SSM o rifugiandosi nel privato. Il rischio di *burnout* è elevatissimo nella categoria: se l'aggregazione e condivisione di processi e spazi è una prima rete di protezione da questo, è necessario considerare ulteriori aiuti strutturati a livello aziendale o regionale, per prevenirne l'insorgenza.

## Guardando al futuro

Ci auguriamo che ampi scenari si possano aprire in tema di gestione integrata e condivisa di diverse categorie di pazienti con condizioni trattabili a domicilio anche in campo oncologico, immuno-reumatologico, metabolico, cardiovascolare, con la regia affidata al MMG che resta il coordinatore responsabile delle cure domiciliari e l'assegnatario principale del carico di lavoro soprattutto dei pazienti complessi e multimorbidi, pur in un'ottica di lavoro in équipe e condiviso con le altre categorie di professionisti sanitari. La presa in carico multidisciplinare e l'innovazione informatica sono i principali argomenti da affrontare per favorire un efficientamento delle Cure Primarie; tuttavia, il quadro è molto sfaccettato e richiede interventi su molti piani paralleli, tutti indispensabili per la sua ottimizzazione.