

3.4. La grande incompiuta: l'assistenza primaria

Vittorio Mapelli, | 20 settembre 2021

Introduzione

I servizi sanitari territoriali, e la medicina di base in particolare, sono in profonda crisi da molti anni, finendo anche per essere additati come il capro espiatorio della pandemia. Viene loro imputato di non essersi adeguati ai cambiamenti della società, della tecnologia sanitaria e dell'informazione, continuando ad operare secondo un modello organizzativo e culturale novecentesco: quello del medico libero professionista singolo. Leggi e progetti di riforma non sono mancati nell'ultimo ventitrentennio, ma sono rimasti al palo. Le Case della salute, proposte dalla ministra Turco nel 2007, sono state sperimentate solo in 10 regioni. Le UCCP (Unità complesse di cure primarie) introdotte dal ministro Balduzzi nel 2012, non sono decollate, sia perché legiferate "a invarianza di spesa", sia per l'ostilità dei sindacati medici, sia per la subalternità dello Stato e delle Regioni nel sottoscrivere [l'accordo collettivo nazionale \(ACN\)](#), che regola i rapporti tra il SSN e i medici di medicina generale (MMG) prestatori di "lavoro autonomo, continuativo e coordinato".

Sono stati inseriti nel PNRR 2 miliardi di investimenti nelle Case di comunità (CdC), in cui dovrebbero operare medici generalisti, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, riabilitatori e altri professionisti sanitari, definiti i modelli a "perno e raggi" (*hub & spoke*) con tanto di standard per 1000 abitanti, senza aver prima verificato il realismo della proposta: i MMG saranno obbligati ad operare in questi centri, lasciando i propri ambulatori, su cui hanno investito, oppure le CdC rimarranno semi-deserte? Prossimità e comunità (case, ospedali, farmacie, infermieri di comunità) sono divenute il mantra di questi tempi, ma rischiano di essere pura poesia, se non si guarda realisticamente a ciò che è permesso fare, ai sensi della convenzione. Perché è la convenzione sottoscritta tra lo Stato e i MMG che fa fede, ben al di là delle leggi. [Evitando anche proposte irrealistiche, come il passaggio al rapporto di dipendenza di tutti i medici convenzionati](#), che non sarebbe accettato sul piano culturale, politico e sindacale – almeno per il presente – oltre che risultare ingestibile sul piano operativo. Non è il tempo di proporre grandi stravolgimenti, perché basterebbero piccole norme per avviare da subito grandi cambiamenti, come si propone nella conclusione.

Il groviglio dell'assistenza distrettuale

L'assistenza primaria è l'evoluzione più recente del concetto e della prassi della *general practice* nata in Inghilterra nell'800. Il *general practitioner* è figura a sé, che si differenzia tanto dal *physician* (medico internista), quanto dal *surgeon* (chirurgo), perché non si occupa di problemi specialistici di organi e apparati, ma dell'insieme dei problemi di salute delle persone, di cui conosce la storia e la psicologia.

È il medico di primo contatto per i problemi di salute, che mette in rapporto con il sistema sanitario (*gatekeeper*), è il gestore della salute (*clinical manager*) e l'acquirente delle prestazioni per conto dei propri pazienti (*commissioner*). L'OMS ha definito l'assistenza primaria (*primary health care*) nella [Dichiarazione di Alma Ata \(URSS\) del 1978](#). Nella visione dell'OMS è considerata essenziale e universale, perché risponde ai bisogni primari di salute e dev'essere accessibile a tutte le persone e famiglie.

[L'assistenza primaria rientra nel LEA](#) "Assistenza Distrettuale", che ormai assorbe oltre metà della spesa del SSN (52,3%), più dell'ospedaliera (43,5%) e in forte crescita rispetto a prima della riforma (34% nel 1977). Il settore dell'assistenza territoriale è molto esteso, complesso e disarticolato. Comprende circa 94.000 medici a rapporto semi-libero professionale con il SSN, organizzati secondo sette tipi di convenzioni, tre forme di remunerazione e differenti livelli retributivi. Al suo interno si possono enucleare due aree[*note*]In questo articolo non si considerano l'assistenza domiciliare, semi- e residenziale[/*note*]:

1. l'assistenza di base, che comprende:

- medici di medicina generale (n. 42.428),
- pediatri di libera scelta (n. 7.408),
- medici di continuità assistenziale (n. 17.617),
- medici di emergenza territoriale (n. 2.962),
- medici di medicina dei servizi (n. 1.569),

per un totale di 71.984 medici e un numero sconosciuto di infermieri e amministrativi;

2. l'assistenza specialistica che abbraccia 22.667 tipi di unità, un dato eterogeneo comprendente 14.967 medici specialisti interni, 6.797 branche specialistiche private esterne e 903 strutture ambulatoriali, diagnostiche e di laboratorio degli ospedali pubblici - perché sono tre le modalità di erogazione della specialistica. Escluse le prestazioni di laboratorio e diagnostica, il 50% dell'attività specialistica è svolto dagli ospedali pubblici, il 30% dalle strutture e professionisti esterni e solo il 20% dagli specialisti ambulatoriali interni[fonte: [Ministero della Salute](#)].

Il numero dei medici territoriali è simile a quello degli ospedalieri dipendenti dal SSN (96.220), ma la differenza fondamentale è data dal rapporto di lavoro, che è subordinato e di pubblico impiego per i secondi, e semi-libero professionale per i primi. La convenzione prevede infatti una serie di istituti contrattuali tipici del rapporto dipendente (ad es. il diritto di sciopero, il pagamento dei contributi previdenziali da parte dell'ASL) e di benefici economici (ad es. il concorso alle spese dell'ambulatorio, dell'infermiere e dell'amministrativo). Tuttavia il punto nodale non è la non-subordinazione al Direttore di Distretto sanitario, quanto piuttosto l'inerzia e l'assenza di programmi, indirizzi e risorse da parte di (numerose) regioni e aziende sanitarie, che lasciano vegetare l'assistenza primaria nello *status quo*.

L'evoluzione della medicina di base

La medicina di base è passata negli ultimi settant'anni attraverso tre linee evolutive: (i) la suddivisione dei compiti, una volta eseguiti dal medico generico, in attività svolte da più figure professionali; (ii) il passaggio dall'esercizio in forma singola alla medicina in gruppo o in rete con altri simili; (iii) l'integrazione del medico generalista con altri medici specialisti e professionisti sanitari.

In principio era il medico generico, che operava da solo nel proprio ambulatorio e svolgeva molte funzioni. Il suo ruolo e le sue funzioni sono state codificate nel 1943, quando fu istituito l'INAM, che erogava "l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale". L'accordo del 1966 istituì il servizio di guardia medica festiva e quello del 1973 di guardia medica notturna. L'assistenza pediatrica fu creata nel 1975 e nel 1978 si firmò il primo accordo-tipo nazionale, che introduceva il rapporto ottimale di 1 MG ogni 1.000 residenti, il massimale delle scelte (1.500 assistiti), la remunerazione a quota capitaria e la medicina di gruppo, come espediente per far rientrare nei parametri i medici oltre il massimale. Nel 1979 fu firmata la prima convenzione con i medici dei servizi, addetti alla medicina scolastica, dello sport, alle vaccinazioni e nel 2005 sarà creata la convenzione per i medici di emergenza sanitaria.

Le associazioni tra i medici sono emerse molto lentamente - tanto da essere ancora poco diffuse - e hanno assunto due forme (tav. 1): quelle monoprofessionali tra MMG e/o PLS, che dal DL 158/12 sono definite AFT (Associazioni funzionali territoriali) e quelle multiprofessionali tra MMG, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari definite UCCP. La medicina di gruppo e le UCCP operano in una struttura fisica (e sono definite "strutturate") - un ambulatorio con 3-4 studi medici per i MMG in gruppo, una Casa della salute o un Presidio territoriale di assistenza per le UCCP. Esistono poi anche associazioni "non-strutturate" (associazioni semplici, in rete e équipes territoriali) i cui medici si coordinano per problemi e obiettivi di interesse del Distretto sanitario. Forse sei tipologie di associazione sono eccessive e andrebbero sfoltite.

Tav. 1 Evoluzione di alcuni istituti negli ACN della medicina generale. Anni 1978-2018