

Gavino Maciocco

Non è facile trovare nella storia della medicina scelte di politica sanitaria che abbiano avuto effetti così catastrofici sulla salute della popolazione. Ci voleva un evento eccezionale, una pandemia appunto, per rivelarne in tempi brevissimi tutta la sua magnitudo.

“Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti? (...)” Tutto questo mondo qui, quello del medico di cui ci si fidava anche, è finita anche quella roba lì”. Siamo al Meeting di Comunione e Liberazione, Rimini domenica 25 agosto 2019, e Giancarlo Giorgetti, ancora sottosegretario e numero due della Lega, si esprime così sul destino della medicina di famiglia, tra il serio e faceto, come Arlecchino che dice la verità burlando.

Quella roba lì, la medicina di famiglia in particolare e le cure primarie in generale, è da anni che in Lombardia tentano di annientarla, in parte riuscendoci. Infatti tutti i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali di comunità, dall’assistenza infermieristica a quella riabilitativa, sono stati esternalizzati e privatizzati. La medicina di famiglia è stata in parte protetta dal contratto nazionale di categoria, e i cittadini lombardi hanno potuto continuare a scegliere il loro medico di fiducia. Tuttavia la struttura organizzativa del territorio si è fortemente indebolita e non sono mancati negli anni ripetuti **tentativi per renderla più precaria e inefficiente.**

Con l’acronimo “**CReG**” (*Chronic Related Group*) la Regione Lombardia lancia nel **2011** un progetto il cui obiettivo dichiarato è quello di migliorare le condizioni di vita dei cittadini affetti da patologie croniche. **Gli obiettivi “non dichiarati” erano altri:**

- a) **tenere fuori dalla partita della cronicità i medici di medicina generale (MMG), ritenuti non idonei allo scopo;**
- b) portare dentro la partita ogni tipo di *provider*, con un occhio di riguardo ai *provider* privati, in grado di gestire percorsi assistenziali complessi remunerati attraverso un sistema di budgettizzazione forfettaria simile ai DRGs ospedalieri.

Il progetto fallisce, ma la Regione Lombardia ci riprova qualche anno dopo con un nuovo titolo “*Presa in carico del paziente cronico*”, ma con **l’idea fissa di sostituire il medico di famiglia, “quella roba lì”, con provider privati e portare a termine l’originario progetto di annichilimento delle cure primarie.** Ma il progetto ancora una volta fallisce

per due motivi:

- a) i provider privati (SanRaffaele&Co) non hanno alcuna voglia di accollarsi l'assistenza di masse di pazienti cronici, poco remunerativa e poco qualificata per centri di eccellenza come i loro;
- b) i pazienti cronici, cui spetta la scelta di indicare il provider a cui affidarsi, si rifiutano di portare al mercato la loro malattia e decidono di non scegliere.

Di fallimento in fallimento nessuno si occupa nel frattempo seriamente della salute delle persone anziane, le più fragili delle quali vanno ad affollare le Residenze Sanitarie Assistenziali, di cui la Lombardia ha il record italiano per numero di strutture e di posti letto.

Poi arriva la pandemia e sono dolori. La Lombardia con i suoi 15 mila morti contribuisce per la metà al computo nazionale dei decessi da Covid-19. Ma è un dato certamente sottostimato, come dimostrano i dati Istat (Rapporto del 4 maggio 2020) sull'eccesso di mortalità nel periodo 20 febbraio-31 marzo 2020 confrontato con la mortalità nello stesso periodo degli anni 2015-2019. **Lo studio registra livelli di mortalità quintuplicati nei comuni della provincia di Bergamo, quadruplicati nei comuni della provincia di Cremona, triplicati nei comuni della provincia di Brescia.** Livelli di mortalità tra i più alti al mondo. E il mondo rimane ammutolito nel vedere un disastro del genere verificarsi in una regione così ricca di denaro, di imprese e di strutture sanitarie. **“La tempesta perfetta: il disastro dell’epidemia nella regione italiana della Lombardia è una lezione per il mondo”**: questo il titolo di un articolo pubblicato il 26 aprile sul [Los Angeles Times](#) in cui, tra l’altro, si legge: “Alle carenze dell’assistenza sanitaria si sono aggiunti gli interessi politici e commerciali al punto di esporre 10 milioni di cittadini lombardi all’epidemia di Covid-19 in una misura mai vista altrove, in particolare i più vulnerabili nelle residenze per anziani”.

Le falle dell’assistenza territoriale della Lombardia sono ben descritte sul [Corriere](#) dalla penna di Milena Gabanelli e Milena Ravizza: **“La rete dei medici di base e dei distretti, cruciale nell’intercettare un paziente all’esordio dei sintomi ed evitare che degenerino, è stata smontata nel corso degli anni.** L’arrivo in ospedale di casi già troppo gravi scandisce i racconti delle cronache lombarde degli ultimi 50 giorni. I medici di base sono lasciati andare allo sbaraglio per settimane intere: chi segue scrupolosamente i pazienti lo fa rischiando la vita (e spesso rimettendocela), gli altri lasciano i malati a loro stessi, con il consiglio dei virologi di prendere la tachipirina e restare a casa.”

“I primi a proporre il tema del ‘territorio abbandonato’ sono stati colleghi di

Codogno, che si sono trovati per 2 settimane soli nel pieno della tempesta virale, pagandone il prezzo in termini di vite perdute". Con questa frase inizia una drammatica [lettera di denuncia delle politiche regionali firmata da 60 medici di famiglia lombardi](#): "Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio mettendo in antagonismo cure primarie ed ospedaliere per la presa in carico della cronicità, ha mostrato i limiti del quasi mercato e di una gestione centrata sulle cure ospedaliere. **La "filosofia" del quasi mercato ha ispirato le politiche regionali**, come dimostrano alcune scelte sintomatiche del disinteresse per le cure primarie, ad esempio la mancata attivazione delle forme associative della Medicina Generale e l'abbandono del territorio con la chiusura dei presidi distrettuali".

Non è facile trovare nella storia della medicina scelte di politica sanitaria - quali quelle adottate pervicacemente dalla Regione Lombardia - che abbiano avuto effetti così catastrofici sulla salute della popolazione. Ci voleva un evento eccezionale, una pandemia appunto, per rivelarne in tempi brevissimi tutta la sua magnitudo. Nel ricostruire la catena di cause che hanno prodotto l'ecatombe lombarda non possono mancare, come fattori di rilevanza nazionale, la latitanza di un [Piano pandemico nazionale](#) e - riguardo alle infezioni e alla mortalità del personale sanitario - gli evidenti [errori e i ritardi dell'Istituto superiore di sanità](#) (e dell'OMS). **Qualcuno risponderà di tutto ciò?**

Poi c'è quello che potremmo chiamare **determinante distale della catastrofe sanitaria**, non solo lombarda. C'è una significativa coincidenza temporale (2011) tra l'avvio dei CReG in Lombardia e l'imposizione di politiche di austerità e di smantellamento del welfare state che mettevano nel mirino i servizi sanitari nazionali, quelli finanziati dalle fiscalità generale, come quelli di Grecia, Italia, Spagna e Regno Unito. **E nel mirino di queste politiche in particolare c'era proprio "quella roba lì", le cure primarie e la medicina di famiglia.** Per un motivo brutalmente ideologico: se la sanità deve diventare un business, attirare investimenti privati e produrre profitti e dividendi, devono valere tutte intere le regole del mercato: **tra domanda e offerta non si può e non si deve frapporre un filtro, un gatekeeper**, che si occupa di salute degli assistiti e non di mercato. In Inghilterra hanno inventato **Babylon per scavalcare e rendere inoffensivi i medici di famiglia**. **In Italia le politiche di de-finanziamento del SSN** hanno decimato le dotazioni organiche di tutti i settori, ma ancor più quelli afferenti ai servizi territoriali e ai dipartimenti di prevenzione (con paurose conseguenze nella gestione della pandemia). **Nei confronti della medicina di famiglia si è praticata poi la politica più vigliacca, quella dell'inerzia** di fronte al prevedibilissimo fenomeno del picco dei pensionamenti, a cui non si è voluto rispondere con un'adeguata politica di reclutamento di energie nuove. **E le conseguenze si stanno già vedendo con posti vacanti di medico di famiglia che non vengono ricoperti**: il

fenomeno per ora riguarda le zone periferiche e i piccoli comuni, ma ben presto interesserà anche le città. **La responsabilità ricade in primo luogo sulla politica, ma anche sul sindacato della medicina generale** che si è occupato dei medici anziani e si è disinteressato dei giovani, penalizzati oltretutto da un corso di formazione poco qualificato e sottopagato rispetto alle specializzazioni accademiche (ciò che lo rende meno attrattivo agli occhi dei neo-laureati).

Un'altra medicina di famiglia è possibile. Il [Servizio sanitario nazionale non può fare a meno di una nuova medicina di famiglia](#), all'interno di un rinnovato sistema di cure primarie ricco di molteplici professionalità sanitarie e sociali, e adeguatamente dotato anche di infrastrutture fisiche (case della salute) e informatiche.

Un'altra medicina di famiglia è possibile perché ci sono energie giovani in grado di pensarla, di sostenerla e di realizzarla.

Penso ai medici di [Campagna “Primary Health Care: Now or Never](#) che hanno [recentemente scritto](#): “È evidente che per rispondere a bisogni di cura sempre più complessi sia necessario, e più efficace, adottare un approccio socio-sanitario integrato, coordinato e *comprehensive*. Esempi virtuosi di integrazione e possibili soluzioni si trovano sia nel panorama internazionale sia nazionale: realtà in cui **l'organizzazione del servizio sanitario è fortemente basata sui principi della *Comprehensive Primary Health Care* e dove le equipe multidisciplinari di assistenza primaria hanno un forte legame con un territorio specifico e con la comunità**”.

Penso al [Segretariato Italiano Giovani Medici \(S.I.G.M.\)](#): “Vogliamo la Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie perché crediamo che una valorizzazione della formazione specifica in medicina generale non sia più procrastinabile e che le criticità strutturali emerse nel corso dell'emergenza non possano essere più ignorate. **La Scuola di Specializzazione in Medicina Generale dovrà essere una scuola di nuova concezione** che si avvalga delle conoscenze scientifiche del mondo accademico e che al contempo continui ad essere radicata sul territorio, ovvero il contesto nel quale tali conoscenze devono essere calate ed adattate. Con l'auspicio che tutte le forze intellettuali e civili del Paese colgano l'importanza di un cambiamento divenuto ormai imprescindibile per tutto il Servizio Sanitario Nazionale”.

Penso al [Movimento Giotto](#) che ha proposto le caratteristiche e le competenze specifiche della medicina di famiglia e le **conseguenti proposte di cambiamento del percorso formativo post-laurea** (vedi risorse), che anche l'Università farebbe bene a prendere in considerazione.

Risorse

[Verso un Core Curriculum della Medicina Generale](#) [PDF 4,2 Mb]