

Potenziamento e riqualificazione della Medicina Territoriale all'epoca del Covid (atto n. 569)

Audizione informale Senato della Repubblica, Commissione Igiene e Sanità

Intervento Tullia Mastropietro 18 febbraio 2021 ore 11.00

CRITICITA' RISCONTRATE DURANTE LA PANDEMIA NELLA PROVINCIA DI BERGAMO

1. Isolamento dei Medici di Medicina Generale

Durante la pandemia, particolarmente nei primi mesi dell'anno 2020, è emersa in maniera evidente e dirompente, la maggiore criticità che ha condizionato l'assistenza territoriale: la solitudine umana, clinica ed organizzativa dei medici di Medicina Generale.

I Medici di Famiglia di sono sentiti soli, inermi contro un virus sconosciuto. Senza indicazioni cliniche o procedurali per il trattamento dei pazienti, senza dispositivi di protezione, senza un chiaro organigramma a cui fare riferimento. Evidentemente, in questa situazione, si è palesata tutta l'inefficacia di un'assistenza territoriale nient'affatto preparata ad un evento pandemico di tale entità. La consapevolezza che ne è emersa è stata subito chiara a tutti: non sarebbe stato più possibile continuare lavorare da soli. E su queste premesse si è lavorato per individuare delle soluzioni.

2. Difficoltà della gestione della "cronicità"

L'esperienza pandemica ha reso evidenti tutte le carenze di un sistema di gestione delle patologie croniche, quello da noi fino ad ora sperimentato, che tende a considerare l'assistenza del "paziente cronico" come qualcosa di avulso dall'interesse di cura del paziente nella sua totalità.

"Appaltare" la gestione separata delle patologie croniche non ha rappresentato una valida soluzione all'incremento dell'aderenza terapeutica al programma di cure, in un momento nel quale, inoltre, il ricorso agli specialisti ambulatoriali si è dimostrato chiaramente complesso.

3. Problematiche inerenti la certificazione di malattia INPS

Nelle fasi di picco pandemico le richieste per le certificazioni di malattia sono state numerosissime. L'atto certificativo ha comportato un impegno enorme ai Medici di Medicina Generale, le cui linee telefoniche erano già congestionate dalle chiamate dei pazienti ammalati.

Inoltre, ancora ad oggi, non risulta possibile effettuare tali certificazioni senza necessariamente effettuare la "visita medica" del paziente.

L'isolamento dalla comunità del paziente sospetto Covid e la conseguente necessità di certificazione di malattia, obbliga il sanitario ad una valutazione medica in presenza del malato, anche qualora questa non fosse clinicamente necessaria, esponendo così il medico ad un rischio di contagio inutile e rubando tempo agli interventi effettivamente necessari.

Inoltre, con l'introduzione delle USCA, non è più per forza il Medico di Medicina Generale a visitare il paziente con sospetti sintomi infettivi, ma spetta comunque a lui la certificazione di malattia INPS, e

ciò lo obbliga di fatto ad un secondo accesso al domicilio solo per il mero atto formale della certificazione.

4. Criticità del Corso di Formazione in Medicina Generale

La formazione dei futuri Medici di Medicina Generale, così come attualmente strutturata, risulta poco professionalizzante e poco qualificante per i medici tirocinanti, che spesso scelgono percorsi alternativi, anche ritirandosi dal percorso triennale già intrapreso.

POSSIBILI SOLUZIONI AI PER PROBLEMI EMERSI DURANTE AL PANDEMIA ATTE AL POTENZIAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE

1. Isolamento dei Medici di Medicina Generale: quali soluzioni?

Identificare un modello di Medicina Territoriale, che sia una risposta alle criticità riscontrate durante la pandemia, vuol dire immaginare una soluzione plastica, che si adatti alle diversità geografiche ed ambientali della nostra penisola.

La medicina di base ha sviluppato, negli anni, una grossa progettualità aggregativa tra i Medici di Medicina Generale: l'associazionismo di categoria con le sue varie declinazioni (medicina in rete, in gruppo...). Certamente si tratta di organizzazioni importanti e significative, che tuttavia non hanno impedito ai i Medici di Famiglia di sentirsi isolati e senza indicazioni durante i primi mesi della pandemia. Per quale motivo?

Perché le forme associative previste dall'ACN non sono diffuse uniformemente sul territorio (nelle zone geografiche con maggior disagio se ne riscontrano in minor numero, mentre sono sicuramente più diffuse nelle città a grande urbanizzazione). In secondo luogo, esse non garantiscono un collegamento tra i Medici di Famiglia e le rispettive ASL (o ATS, come nel caso lombardo) all'interno delle quali sono collocati i Dipartimenti di Cure Primarie.

È dunque necessaria la costituzione di una **“rete istituzionalizzata”** nella quale sia garantito il **collegamento diretto con la propria ASL** e la possibilità di **collaborazione con le varie figure della rete**.

In Lombardia abbiamo potuto sperimentare concretamente, in questi mesi, la costituzione dei *Centri di Riferimento Territoriali*, ovvero gruppi di 20-25 medici di Medicina Generale (ma anche soli 5 sanitari, ove il territorio disagiato necessitava di una rappresentatività più piccola) con ciascuno un rappresentante eletto, il quale garantisce un costante collegamento tra l'ATS ed i Medici di Famiglia del proprio territorio. Questa è stata una pronta ed efficace risposta generata dalla necessità di poter comunicare in tempo reale ed in maniera bidirezionale con ATS e poter quindi fornire rapide risposte ed informazioni ai medici di ogni specifico territorio.

Accanto a ciò, è necessario pensare ad un modello che permetta a tutti i professionisti operanti sul territorio, che il Decreto Rilancio ha incrementato, di potersi tra loro confrontare ed interfacciare. Sul territorio sono già ora presenti l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, le USCA, gli Assistenti Sociali USCA.

Si deve poter pensare a potenziare l'efficacia della medicina territoriale prevedendo anche la definizione di figure amministrative da affiancare alle equipe sociosanitarie che si stanno definendo.

Altresì è mandatorio garantire la condivisione delle informazioni cliniche dei pazienti tra Medici di Medicina Generale e Continuità Assistenziale (Guardie Mediche) rendendo efficacemente utilizzabile, a tale scopo, il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Un progetto di integrazione delle figure operanti sul territorio, per la costituzione di Nuclei Funzionali di Assistenza Primaria (riportato nell'**allegato 1** a questo documento), è stato sviluppato dai Tirocinanti di Medicina Generale del Polo di Bergamo, i quali, durante la pandemia, si sono ritrovati catapultati in attività legate all'emergenza, vedendo di fatto sospeso il proprio corso di formazione. Ricoprendo i diversi compiti che si rendevano via via necessari (USCA, sostituzioni di Medici di Medicina Generale ammalati o deceduti, esecuzione di tamponi, tracciamento dei contagi...) hanno potuto acquisire una visione di insieme preziosa, che li ha portati a definire il progetto allegato a questa relazione, che si può considerare come vero modello organizzativo a cui puntare.

2. Difficoltà della gestione della “cronicità”: due interventi necessari

La cura del paziente cronico rappresenta certamente un tema importante per la programmazione sanitaria attuale e futura. Già nel periodo pre pandemico sono stati sperimentati, nel territorio lombardo, alcuni progetti per la presa in carico della cronicità, che tuttavia, anche a causa delle evidenti difficoltà dovute all'impossibilità di effettuare i controlli specialistici ambulatoriali programmati, non si sono rivelati strumenti adeguati alla cura del paziente nella sua globalità.

Un aiuto, nella gestione del paziente cronico, ma per la verità anche del paziente acuto, può derivare dallo strutturare un servizio di **“teleconsulenza specialistica”** a disposizione del Medico di Medicina Generale.

Durante le prime fasi della pandemia, nelle quali gli ambulatori specialistici ospedalieri risultavano di fatto inaccessibili, si è potuta sperimentare questa forma di collaborazione, non strutturata e su base gratuita e volontaria, con molteplici specialisti delle varie branche di competenza, che fornivano al Medico di Famiglia consulenze telefoniche per la gestione di pazienti con problematiche acute o croniche.

È proprio ricordando l'efficacia concreta di questa esperienza che si vuole proporre un sistema che possa strutturare in maniera organizzata (mettendo a rendicontazione questa prestazione da parte delle strutture ospedaliere) la teleconsulenza specialistica da parte dei clinici ospedalieri a sostegno dei medici operanti sul territorio.

Con un supporto consulenziale di questo tipo, sia per la gestione delle acuzie, sia per la gestione delle cronicità, si otterrebbe certamente, nel primo caso, una riduzione degli accessi non strettamente necessari al Pronto Soccorso, mentre, per quanto riguarda la cronicità, la possibilità di effettuare accertamenti concordati (anche propedeutici alle visite cliniche specialistiche) con incremento dell'appropriatezza prescrittiva. Non da ultimo, la possibilità di un frequente confronto con gli specialisti, porterebbe a una graduale implementazione ed aggiornamento delle competenze del Medico di Medicina Generale.

Una proposta concreta per la gestione del paziente cronico

Una soluzione, che miri al miglioramento dell'aderenza terapeutica del paziente al programma di cura, potrebbe derivare dall'inserire le patologie croniche di ciascun paziente nel Fascicolo Sanitario Elettronico, associandovi la relativa terapia.

Si tratterebbe quindi di avviare una procedura di erogazione dei farmaci automatica, secondo la posologia ed il piano terapeutico programmato dal Medico di Medicina Generale (un po' come succede già adesso per la fornitura dei presidi per i pazienti diabetici).

La durata del piano terapeutico farmacologico (definita dal medico) scandirebbe quindi i controlli periodici per il paziente (per esempio: un diabetico deve fare esami ogni sei mesi, secondo gli attuali Piani di Assistenza Individualizzata, pertanto, il piano terapeutico per la fornitura farmaci del diabete durerà sei mesi. Per rinnovarlo il paziente dovrà contattare il curante o lo specialista i quali, successivamente ai controlli programmati, confermeranno o modificheranno la terapia). In pratica, questo modello garantisce l'aderenza ai controlli periodici delle patologie croniche vincolandola all'erogazione del farmaco: gli assistiti generalmente si dimostrano molto più ligi all'aderenza terapeutica piuttosto che alla ripetizione degli accertamenti programmati. Questo sistema, quindi, potrebbe incrementare l'adesione ai percorsi di cura.

Appare necessario, inoltre, definire la fase di compenso (o non compenso) della patologia cronica, indicandola esplicitamente nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Se la patologia è in compenso clinico l'erogazione del farmaco potrà avvenire in maniera automatica per tutta la durata del piano terapeutico e quindi riverificata attraverso gli accertamenti periodici concordati. Se il paziente non è invece in compenso clinico il piano terapeutico verrà sospeso e la terapia erogata con la modalità attuale, ovvero con singole ricette per ogni confezione di farmaco, per tutto il tempo in cui il paziente effettuerà gli accertamenti e ritroverà il proprio compenso clinico.

Questa modalità di presa in carico del paziente cronico potrebbe incrementare l'aderenza al programma di cura e, nel contempo, disimpegnare il curante dalla ripetizione di ricette di farmaci cronici, senza perdere il controllo sull'andamento della patologia e sulla comparsa di eventuali complicanze.

Un sistema semplice, efficace, integralmente realizzabile dal Medico di Medicina Generale senza che sia necessario "appaltarne" la gestione ad altri soggetti e praticamente isorisorse.

3. Problematiche inerenti la certificazione di malattia INPS: come affrontarle?

Nei mesi di febbraio-marzo 2020 sul territorio bergamasco abbiamo assistito ad una vera propria catastrofe, che ha portato al collasso delle strutture sanitarie di tutti i livelli. Le telefonate per ogni Medico di Medicina Generale raggiungevano le 200 al giorno, il 30% dei Medici di Famiglia era assente per malattia e spesso non sostituito. Ed in questa situazione disastrosa nessun provvedimento di emergenza ha sospeso la necessità di certificazione di malattia INPS per i pazienti che si ammalavano. Si trattava di dover redigere 50-60 certificati di malattia al giorno, di pazienti che teoricamente si sarebbero dovuti visitare, una mole di lavoro disumana che ha sottratto risorse e tempo all'assistenza clinica dei malati più gravi.

Perché questo è accaduto? Perché INPS non ha concesso, per quei due mesi così devastanti, ai pazienti di autocertificare la propria indisposizione? Non è possibile programmare che questo possa accadere, nella sventurata ipotesi di una futura catastrofe?

Non è possibile ottenere che, anche in periodo extra-pandemico, si possa procedere all'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia da parte dei pazienti? Questo sgraverebbe di molto i compiti burocratici del Medico di Famiglia, senza pregiudicare la cura dei pazienti, che comunque sarebbero obbligati a rivolgersi al curante per le sintomatologie più serie e verrebbero responsabilizzati nella giustificazione delle assenze più brevi.

Un ulteriore problema, come detto, è ad oggi la necessità della visita medica in presenza da parte del curante. È davvero possibile che, nell'epoca della telemedicina, non sia possibile consentire la

certificazione con un teleconsulto? È davvero possibile che non si possa procedere a certificare una malattia INPS sulla base di una visita svolta da un altro collega, magari USCA? È davvero accettabile che non si possa redigere una certificazione di malattia dietro un provvedimento di isolamento domiciliare predisposto dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione senza effettuare una visita medica in presenza?

Queste sono tematiche, da troppo tempo ignorate o dimenticate, da affrontare e risolvere con urgenza se si vuole dare la possibilità, ai medici del territorio, di ottimizzare il proprio lavoro e le proprie tempistiche.

4. Criticità del Corso di Formazione in Medicina Generale: alcune proposte

La formazione dei futuri Medici di Medicina Generale è attualmente poco consona rispetto all'attività lavorativa futura. Alcuni suggerimenti per la "ristrutturazione" dell'attuale modalità del corso coinvolgono gli obiettivi, la metodologia e l'organizzazione dello stesso.

Un miglioramento della didattica e dell'esperienza formativa in reparto si potrebbe ottenere con l'inserimento del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale a livello universitario. Questo comporterebbe anche l'equiparazione della borsa di studio tra medici corsisti e medici specializzandi.

La frammentarietà del percorso ospedaliero oggi fa sì che il corso si caratterizzi per la poca professionalità acquisita dai tirocinanti: la frequenza dovrebbe essere limitata a quei reparti/ambulatori che gestiscono le problematiche maggiormente affrontate in uno studio di Medicina Generale (cardiologia, medicina interna, diabetologia, nefrologia, neurologia, chirurgia ambulatoriale, pronto soccorso).

Si dovrebbe valorizzare la figura del tutor di Medicina Generale, il quale potrebbe seguire il proprio discente nel percorso dei 3 anni, al fine di fornire al medico in formazione una guida con esperienza sul campo che possa consigliarlo, correggerlo, stimolarlo non solo negli anni di scuola, ma anche successivamente.

Si rende necessaria l'obbligatorietà di alcuni argomenti formativi associati a tirocinio professionalizzante: corso lettura/interpretazione dell'elettrocardiogramma, ecografia addominale, terapia palliativa.

Inoltre, la proposta di permettere ai tirocinanti del III anno di acquisire una convenzione sul territorio, a seguito dell'apprendimento delle nozioni fondamentali della disciplina nei primi due anni e sotto la guida del proprio tutor, dovrebbe sostituirsi all'attuale modalità di acquisizione della convenzione già dal primo anno. Quest'ultima possibilità è stata introdotta per sanare la carenza di Medici di Medicina Generale sul territorio, ma certamente non è garanzia di una formazione lineare e strutturata, perché ne interrompe il percorso ed il naturale programma.

Per la stesura di questo documento si ringrazia:

Claudio Colleoni, Cristian Lugli, Daniela Barili, Davide Canali, Davide Riva, Luigina De Carlo, Elena Rebuffini, Eleonora Perego, Erica Remondini, Faini Ilaria, Katiuscia Neri, Lara Facoetti, Paola Bertuletti, Valentina Secomandi