

# Pandemia e cronicità: le due facce dello stesso pregiudizio

Alla fine del percorso avviato con il Pnrr, se dovesse andare a buon fine, si valuterà in che misura il virus avrà favorito la rinascita delle cure primarie in Lombardia, invertendo una policy all'insegna della marginalità come testimonia la scelta regionale della Presa in Carico del 2017 (PiC) a favore dei Gestori ospedalieri e dei clinical manager specialistici, demandati alla gestione dei cronici in uscita dal territorio

**Giuseppe Belleri** - Medico di medicina generale, Flero (BS)

**C**on la DGR 4811 la Giunta regionale della Lombardia ha archiviato un decennio di sperimentazioni sulla gestione della cronicità, inaugurata nel 2011 dalla Delibera sui CReG, che esordiva con un giudizio lapidario verso la Medicina Generale, rimasto come filo conduttore delle *policy* regionali: *“la realtà dei fatti ha mostrato che l’attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell’ospedale”* (Allegato 14, DGR 973/2010).

La pubblica squalifica della categoria ha ispirato, in modo subliminale e forse inconsapevole, un atteggiamento pregiudizialmente negativo verso le cure primarie, che si è tradotto nel tentativo della Presa in Carico del 2017 (PiC) di marginalizzazione del medico di medicina generale a favore dei Gestori ospedalieri e dei *Clinical Manager* specialistici, demandati alla gestione dei cronici in uscita dal territorio. Ma così non è stato ed ora nei fatti la

DGR sulla revisione della Legge Regionale 23 ha messo in liquidazione la PiC: non a caso nelle linee di Sviluppo approvate a fine maggio per la revisione della Legge Maroni sono scomparsi riferimenti a Gestori, *Clinical Manager*, *Call Center* etc... (tabella 1).

## ► Una duplice svolta

Il 2020 ha quindi propiziato una duplice svolta sul doppio binario dell’assistenza primaria lombarda: l’archiviazione della PiC a cui si aggiungono gli investimenti del Pnrr per il rilancio del territorio, dopo due decenni di disinteresse, inadempienze e tentativi di smantellamento del *network* territoriale, culminati con la riforma della cronicità.

La premessa dei CReG è stata confutata dai suoi stessi esiti pratici prima che la pandemia desse la spallata finale all’ipotesi di trasferire la cronicità dal territorio alle cure ospedaliere, proposito risultato contraddittorio nell’anno che ha visto lo *tsunami* Sars-Cov-2 abbattersi proprio sulle strutture ospedaliere. A farne le spese con un elevato prezzo in vite sono stati i medici del territorio, abbandonati a se stessi sul fronte pandemico e mar-

ginalizzati da politiche ospedalocentriche che intendevano deviare sui nosocomi, già di per se oberati da prestazioni in acuto, la cura dei cronici. Nell’epicentro della pandemia, gli ospedali Lombardi non hanno potuto far altro che trascurare l’ordinaria amministrazione per concentrarsi a difesa della Terapie Intensive assediate, fino a monopolizzare l’80% della produzione.

## ► Un tema reiterato

Nell’ultimo anno il tema delle carenze del territorio è stato reiterato pubblicamente, tanto da diventare sinonimo di una scarsa professionalità e inaffidabilità del comparto delle cure primarie per ogni tipo di bisogno o patologia gestita in sede extraospedaliera.

La censura dei CReG del 2010 potrebbe essere riproposta oggi pari pari per quanto riguarda la gestione della pandemia: per aggiornare la frase riportata all’inizio del post basterebbe sostituire l’espressione *“presa in carico dei pazienti cronici”* con il riferimento alla gestione del Covid-19.

In realtà durante la II e III ondata i medici dell’assistenza primaria hanno prescritto decine di milioni

di tamponi per sospetti Covid-19 diagnosticandone quasi quattro milioni, segnalati, certificati e curati a casa senza necessità di ricovero, in sinergia con i colleghi della USCA e della Continuità Assistenziale come dimostrano i dati della stessa Protezione civile.

► **Ma quale latitanza**

Secondo tali dati, che ho analizzato in un articolo pubblicato sul mio *Blog* (<https://curprim.blogspot.com/>), su 3,9 milioni di casi di Covid-19 della II e III ondata 3,5 circa sono stati diagnosticati in sede extra-ospedaliera, dopo prescrizione e prenotazione di test molecolare o antigenico e dopo essere stati segnalati e tracciati i contatti, certificati, curati e monitorati telefonicamente o con televisita fino alla negativizzazione del tampone dai medici del territorio, ovvero da medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale e delle Usca, Pediatri di libera scelta, medici delle Rsa, dei Servizi, delle carceri e militari, di PS etc., a dimostrazione dell'assoluta infondatezza della tesi sulla presunta latitanza della medicina del territorio nella gestione della pandemia.

Naturalmente i medici del territorio in aggiunta alla gestione dei casi Covid-19 hanno continuato l'ordinaria attività clinico-assistenziale nei confronti dei propri assistiti affetti da patologie croniche o da eventi acuti come accadeva prima della pandemia, senza rinviare visite o sospendere prescrizioni di accertamenti e farmaci. Ma evidentemente nessuno se ne è accorto come per anni è stato ignorato il lavoro svolto nella cura della cronicità fino al flop della PiC; così è stato riproposto il *leit motif* sull'assenza della medicina del territorio, mentre le liste d'attesa delle prestazioni ospedaliere si

**TABELLA 1**

**Revisione LR23: le principali novità riguardano la governance**

le Ats non avranno più compiti erogativi, ad esempio connessi con l'assistenza primaria, ma solo amministrativo-gestionali, in una logica di separazione delle funzioni (programmazione, acquisto, controllo, erogazione): indirizzo, autorizzazione, coordinamento, accreditamento, negoziazione, acquisizione del personale etc.;
le Asst, a cui afferiranno i dipartimenti Cure Primarie, Salute mentale e prevenzione, saranno operativamente suddivise in un polo territoriale articolato in Distretti ed un polo ospedaliero in Dipartimenti;
gli ospedali di grandi dimensioni saranno scorporati dalle attuali ASST per diventare Aziende Ospedaliere, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica;
la rete territoriale è composta da un Distretto ogni 100mila abitanti e dalle strutture previste dal Pnrr (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali per l'assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità e telemedicina) e sarà la sede di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari;
per quanto riguarda la PiC sono scomparsi i riferimenti ai Gestori ospedalieri mentre le relative funzioni vengono collocate nei distretti, quali sede dell'integrazione tra professionisti (Mmg/Pls e specialisti);
a livello distrettuale si prevede il coinvolgimento dei sindaci al fine di rendere effettiva la programmazione locale;
per quanto riguarda Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali per l'assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità e telemedicina la DGR recepisce le indicazioni generali del Pnrr.

allungano a dismisura a seguito di annullamenti e rinvii di milioni di prestazioni complice la II e III ondata. La strategia del taglio dei ponti verso l'ambiente per concentrare le risorse sul fronte pandemico è stata utile, ma rischia di paralizzare il sistema per anni, a mo' di *boomerang*. A porre rimedio ad un annoso disinteresse verso le cure primarie, che ancora si tinge di squalifica mediatica, sono arrivati gli ingenti investimenti strutturali del Pnrr che le linee di sviluppo della riforma lombarda hanno recepito in modo abbastanza slegato dal resto delle proposte di revisione della LR 23. Tuttavia i finanziamenti comunitari sono destinati più che altro al rafforzamento della gestione alla cronicità (soprat-

tutto i COT, ovvero le Centrali Operative Territoriali e le CdC) e ben poco ad una potenziale nuova emergenza infettiva pandemica che nel 2020 ha innescato il cambiamento. Tanto che il riferimento alla cronicità e fragilità compare in numerosi passaggi delle schede di programma inviate a Bruxelles.

Alla fine del percorso avviato con il Pnrr, se dovesse andare a buon fine, si valuterà in che misura il virus avrà favorito la rinascita delle cure primarie in Lombardia, invertendo un ventennio di *policy* all'insegna della marginalità.

Articolo tratto ed elaborato da  
<https://curprim.blogspot.com/>