



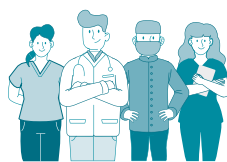
Medicina del territorio tra storia e nuove sfide

di **Mario Baruchello** - *Medico Chirurgo, Tezze sul Brenta (Vi)*

Il problema non sono le strutture, ma l'assenza di un profilo professionale, giuridico e organizzativo coerente. Status, formazione, équipe multiprofessionali e incentivi sono i pilastri da cui ripartire. Anche la storia del medico condotto e la lezione della pandemia possono offrire indicazioni utili



STATUS GIURIDICO



ÉQUIPE STABILI



GOVERNANCE

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano uno degli elementi centrali della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Ma il problema non è la CdC in sé. Il vero problema è l'assenza, ancora oggi, di un modello professionale, giuridico e organizzativo coerente.

Si costruiscono strutture, ma non sempre sono stati definiti prima, con sufficiente chiarezza, chi ci lavora, con quale *status*, con quale carriera, con quale *governance*, con quali compiti, con quali incentivi e, soprattutto, con quale rapporto con il cittadino.

Le Case della Comunità si inseriscono nella riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr e definita dal Dm 77/2022, che individua modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (Ssn). Il Distretto viene indicato come luogo privilegiato di gestione e coordinamento della

rete dei servizi territoriali, mentre la CdC è concepita come luogo fisico di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e come sede dell'integrazione multiprofessionale.

Il rischio, tuttavia, è che l'attenzione alle strutture finisca per prevalere sulla definizione del modello professionale che dovrebbe renderle realmente operative.

Prima il ruolo, poi la struttura

I vincoli del Pnrr hanno imposto tempi di realizzazione, rendicontazione e indicatori strutturali. Questo ha inevitabilmente generato una forte spinta alla costruzione, all'inaugurazione e alla dimostrazione dello stato di avanzamento delle opere. Ma una sanità territoriale efficace richiede un percorso inverso: prima si definisce il ruolo, poi si costruisce la struttura.

È una lezione che viene anche dalla

storia. Già in passato, in Italia, il medico condotto rappresentava un modello nel quale il ruolo professionale era definito prima ancora dell'organizzazione fisica del servizio. Anche alcuni sistemi territoriali di altri Paesi, come Nuova Zelanda e Australia, hanno costruito nel tempo modelli forti perché hanno investito non soltanto nelle strutture, ma nell'identità e nelle condizioni professionali dei medici.

Oggi, invece, le tensioni attraversano tutte le professioni. I medici ospedalieri possono percepire il trasferimento di attività sul territorio come un cambiamento non sempre accompagnato da un ruolo professionale definito. I Mmg temono che la presenza nelle nuove strutture possa tradursi in una progressiva trasformazione del rapporto convenzionale, fino a creare forme di dipendenza di fatto. Gli specialisti ambulatoriali lamentano spesso una scarsa integrazione e l'assenza di percorsi di sviluppo professionale. Gli infermieri di famiglia e di comunità si trovano davanti a un ruolo nuovo e importante, ma che deve essere accompagnato da formazione, autonomia e responsabilità definite.

Il risultato è un sistema nel quale non sempre sono chiari i confini



“I Mmg temono una progressiva dipendenza di fatto”

delle responsabilità: chi coordina, chi risponde di cosa, chi valuta i professionisti, chi governa i percorsi assistenziali.

Le Case della Comunità avrebbero bisogno di una direzione territoriale forte, di percorsi di carriera definiti, di ruoli chiari per medici di medicina generale (Mmg), infermieri, specialisti, psicologi e assistenti sociali e di una *governance* capace di integrare realmente le diverse professionalità. In assenza di questo disegno, si rischia di procedere a macchia di leopardo, con accordi regionali differenti, modelli organizzativi diversi e strutture che possono diventare contenitori privi di una precisa identità assistenziale.

La lezione del medico condotto

Per capire cosa manca oggi al territorio può essere utile guardare alla figura del medico condotto.

Il medico condotto rappresentava un modello professionale compiuto. Era selezionato attraverso concorso, aveva un rapporto istituzionale con il Comune, disponeva spesso di casa e ambulatorio, garantiva la reperibilità e svolgeva contemporaneamente compiti clinici e di sanità pubblica.

Era un professionista profondamente radicato nella comunità. Non era soltanto il medico al quale rivolgersi in caso di malattia, ma anche una figura di riferimento per la prevenzione, la sorveglianza igienica, le vaccinazioni, l'assistenza domiciliare e, in molti contesti rurali e montani, un presidio sanitario quasi unico.

La sua abolizione non può essere interpretata semplicemente come la fi-

ne di un modello superato. Con la nascita del Servizio sanitario nazionale e la legge 833 del 1978 cambia radicalmente l'organizzazione sanitaria italiana: vengono superati il ruolo comunale del medico condotto e la precedente gerarchia sanitaria e si sviluppa la medicina convenzionata.

La trasformazione era coerente con la modernizzazione del sistema sanitario. Ma il passaggio ha lasciato aperta una questione che oggi torna con forza: come garantire al medico del territorio un'identità professionale riconoscibile e una collocazione precisa all'interno del sistema sanitario?

Il medico condotto aveva un ruolo chiaro, responsabilità definite e un rapporto diretto con la comunità. Era inserito in una precisa organizzazione sanitaria e amministrativa. Oggi il territorio non dispone sempre di una gerarchia e di una *governance* percepibili con la stessa chiarezza.

“Il medico condotto aveva un ruolo chiaro, responsabilità definite e un rapporto diretto con la comunità”

Che cosa si è perso

Dal confronto storico emergono almeno cinque elementi:

1. L'identità professionale. Il medico condotto ricopriva un ruolo chiaro, definito e riconosciuto.

2. Una gerarchia sanitaria territoriale. Il professionista era inserito in una struttura istituzionale nella quale erano definite responsabilità e competenze.

3. La presenza nei piccoli comuni. La medicina convenzionata ha garantito una straordinaria capillarità, ma la crisi demografica e professionale del-

le aree periferiche sta oggi mettendo in discussione quella presenza.

4. L'integrazione tra attività clinica e sanità pubblica. Il medico condotto rappresentava contemporaneamente un riferimento clinico e un presidio di prevenzione.

5. La stabilità del rapporto tra medico e comunità. Il medico era parte integrante della vita del paese e godeva di un forte riconoscimento sociale.

Perché oggi, sia pure timidamente, si torna a parlare di quella figura? Perché la crisi del territorio, la carenza di Mmg e la desertificazione sanitaria dei piccoli comuni hanno riaperto il dibattito.

Il paragone non significa che si debba tornare al medico condotto. Significa piuttosto interrogarsi su ciò che quel modello aveva saputo costruire: identità, responsabilità, presenza e rapporto con la comunità.

Le origini del Ssn

Nel secondo dopoguerra, tra il 1945 e il 1955, il medico condotto rappresentava un presidio fondamentale in un'Italia ancora povera e prevalentemente rurale, caratterizzata da migliaia di piccoli comuni, ospedali spesso lontani, carenze di personale ed emergenze di sanità pubblica.

In molti territori il medico condotto interveniva nella gestione delle epidemie, nelle vaccinazioni, nella sorveglianza igienica delle acque, delle scuole e dei macelli, nelle attività di assistenza ostetrica e pediatrica e nelle visite domiciliari.

Era una figura capace di coniugare assistenza clinica e sanità pubblica. Per questo era percepito come il medico della comunità e, in senso più ampio, come il medico della Repubblica nei piccoli centri.

La legge 833 del 1978 segna la fine di quel modello. Con la nascita del

Ssn vengono aboliti il ruolo comunale e la precedente organizzazione gerarchica, nascono le Usl, vengono trasferite le funzioni igieniche ai servizi di sanità pubblica e si sviluppa il sistema della medicina convenzionata.

Il medico condotto viene progressivamente sostituito dal medico di medicina generale, libero professionista convenzionato con il Ssn.

La trasformazione rispondeva alle esigenze di un sistema sanitario moderno. Ma il vecchio modello aveva anche limiti evidenti: era legato ai Comuni, fortemente individuale, spesso isolato professionalmente e gravato da un carico di lavoro difficilmente sostenibile.

Il problema, quindi, non è stabilire se il medico condotto fosse migliore del Mmg. Il punto è comprendere quali elementi di quel modello possano essere recuperati in una medicina territoriale moderna.

Un modello territoriale incisivo

Un modello territoriale forte richiede almeno cinque pilastri: uno *status* professionale chiaro, una governance territoriale autorevole, *équipe* multiprofessionali stabili, incentivi reali per le sedi disagiate e compiti accompagnati da indicatori realistici. Senza questi elementi, le Case della Comunità rischiano di rimanere strutture prive della necessaria capacità di attrarre e trattenere professionisti.

1. Status giuridico chiaro

Il territorio soffre anche perché non sempre è chiaro “chi è cosa”.

I Mmg sono professionisti convenzionati, ma il loro lavoro nelle nuove strutture territoriali richiede forme organizzative capaci di integrare la libertà professionale con il lavoro in *équipe* e la presenza nelle strutture. Gli ospedalieri che vengono coinvolti nelle attività territoriali devono avere

ruoli coerenti con i propri contratti e con le proprie specificità professionali. Gli infermieri di famiglia e di comunità devono poter esercitare competenze e responsabilità accompagnate da adeguata formazione e da una precisa collocazione organizzativa.

Gli specialisti ambulatoriali devono essere integrati nei percorsi territoriali e disporre di strumenti adeguati.

Una possibile soluzione è distinguere due percorsi professionali, entrambi chiari.

Il primo è quello della **dipendenza territoriale**, per chi sceglie di lavorare stabilmente nelle Case della Comunità, con concorsi, carriera sanitaria territoriale, progressione professionale, valutazione e certificazione periodica, formazione obbligatoria e incentivata.

Il secondo è quello della **convenzione evoluta**, destinato ai Mmg che mantengono il proprio *status* di liberi professionisti convenzionati, ma all'interno di un'organizzazione nella quale siano definiti *job description*, lavoro in *équipe*, presenza nelle strutture, orari e forme di remunerazione coerenti con le nuove responsabilità. L'obiettivo deve essere evitare l'ibridazione dei rapporti e garantire chiarezza professionale.

2. La governance territoriale

Il territorio italiano ha bisogno di una *governance* riconoscibile.

Il Distretto è previsto come articolazione fondamentale dell'organizzazione territoriale e il Dm 77/2022 gli attribuisce funzioni di gestione e coordinamento della rete dei servizi.

La questione è rendere effettive queste funzioni attraverso responsabilità gestionali, autonomia organizzativa, risorse e strumenti di valutazione.

Una direzione territoriale forte dovrebbe poter coordinare Case della Comunità, assistenza domiciliare, prevenzione e integrazione socia-

nitaria, con indicatori chiari relativi alla copertura dei servizi, alla continuità assistenziale e agli esiti.

Anche l'adozione di modelli professionali come il **Gp with an Extended Role (GPwER)**, già presenti in altri sistemi sanitari, può rappresentare uno strumento da valutare per valorizzare competenze avanzate della medicina generale.

3. Équipe multiprofessionali stabili

Il territorio non può essere costruito attorno al medico isolato in ambulatorio.

L'*équipe* minima dovrebbe comprendere Mmg, infermieri di famiglia e di comunità, specialisti territoriali, figure psicologiche e sociali e personale amministrativo adeguatamente formato.

Il lavoro di *équipe* non può però limitarsi alla semplice coesistenza fisica di professionisti nella stessa struttura.

Sono necessarie riunioni cliniche periodiche, presa in carico condivisa, strumenti informativi interoperabili, protocolli di continuità tra ospedale e territorio e gestione integrata delle cronicità.

La Casa della Comunità deve diventare un luogo nel quale le diverse competenze si incontrano intorno al bisogno del cittadino.

Questo è uno degli obiettivi dichiarati della riforma dell'assistenza territoriale: il Dm 77/2022 prevede infatti l'integrazione multiprofessionale delle cure primarie nelle Case della Comunità.

4. Incentivi per le sedi disagiate

Il problema della carenza di medici è particolarmente evidente nelle aree periferiche, rurali e montane.

Il confronto con Nuova Zelanda e Australia è interessante perché mostra come la permanenza dei professionisti nelle aree disagiate richieda un insieme di condizioni: supporto abitativo e logistico, ambulatorio adeguato, personale infermieristico, incentivi economici, fe-

rie garantite, formazione e possibilità di progressione professionale. Non basta offrire un incentivo *una tantum*.

Per rendere attrattiva una sede disagiata occorre costruire un vero progetto professionale: condizioni di lavoro sostenibili, sostituzioni, formazione continua, possibilità di aggiornamento in strutture di riferimento e percorsi di crescita.

L'Italia, con migliaia di piccoli comuni e aree montane, dovrebbe affrontare il problema con una strategia nazionale e non soltanto attraverso incentivi regionali disomogenei.

5. Compiti e indicatori

Anche la misurazione dell'attività deve cambiare.

Non è sufficiente valutare il territorio attraverso il numero di prestazioni, gli orari di apertura o la riduzione degli accessi al pronto soccorso.

Gli indicatori dovrebbero misurare gli esiti: continuità assistenziale, presa in carico delle cronicità, riduzione dei ricoveri evitabili, copertura vaccinale, gestione dell'assistenza domiciliare, tempi di risposta, appropriatezza e soddisfazione dei cittadini.

La qualità dell'assistenza territoriale non può essere ridotta a una serie di indicatori amministrativi. Deve essere valutata sulla capacità del sistema di migliorare realmente la salute e l'autonomia delle persone.

La mission delle CdC

Le Case della Comunità non devono diventare poliambulatori ampliati, mini-pronto soccorso o semplici contenitori nei quali concentrare attività diverse. Devono essere luoghi di presa in carico, centri di continuità assistenziale, presidi di sanità pubblica, *hub* delle *équipe* territoriali e porte di accesso al Ssn.

Devono essere inserite in una rete

che comprenda domicilio, servizi territoriali, ospedale e servizi sociali.

Il modello previsto dal Dm 77/2022 va proprio nella direzione di una rete territoriale integrata, con il Distretto come sede di coordinamento e la Casa della Comunità come punto di accesso e integrazione dei servizi.

Perché questo avvenga nella pratica, ogni struttura dovrebbe avere una direzione riconoscibile, un organigramma, un *budget*, responsabilità definite e una missione precisa.

La pandemia: una lezione

La pandemia ha rappresentato una sorta di *stress test* del sistema sanitario e ha mostrato con particolare evidenza il ruolo del Mmg.

Il medico di medicina generale si è trovato a essere contemporaneamente clinico di prossimità, professionista impegnato nella sanità pubblica, medico di comunità e presidio della continuità assistenziale.

Durante l'emergenza i Mmg hanno svolto attività di sorveglianza dei casi, gestione dell'isolamento, certificazioni, assistenza domiciliare, educazione sanitaria, sostegno alle famiglie, visite domiciliari in condizioni di rischio, monitoraggio dei pazienti, gestione delle forme cliniche a domicilio e *follow-up*. Hanno garantito la continuità dell'assistenza ai fragili e alle persone con patologie croniche in una fase nella quale molti altri servizi erano fortemente limitati.

La pandemia ha mostrato, in altre parole, che il Mmg non è soltanto un professionista che opera nell'ambula-

torio, ma una figura capace di leggere i bisogni della propria popolazione e di intervenire in una rete complessa di assistenza.

Questa esperienza avrebbe dovuto essere utilizzata per ripensare il ruolo della medicina generale.

Il prezzo pagato

Il prezzo della pandemia è stato particolarmente alto per i professionisti del territorio.

L'esposizione al rischio, la carenza iniziale di dispositivi di protezione, l'isolamento professionale e il carico di responsabilità hanno rappresentato una delle pagine più difficili della storia recente della medicina generale.

Molti professionisti sono stati definiti "eroi". Ma la parola "eroe" rischia talvolta di sostituire il riconoscimento professionale. Celebrare l'abnegazione non può diventare un modo per non interrogarsi sulle condizioni nelle quali quella professionalità è stata esercitata.

La vera eredità della pandemia dovrebbe essere il riconoscimento strutturale delle competenze che la medicina generale ha dimostrato di possedere.

Complessità della Mg

La pandemia ha evidenziato la complessità della medicina generale: gestione clinica della complessità, *triage*, appropriatezza, continuità assistenziale, presa in carico, medicina di comunità, epidemiologia territoriale, comunicazione clinica e gestione domiciliare delle patologie acute e croniche.

È una professionalità complessa che, sul piano culturale e organizzativo, deve trovare un riconoscimento adeguato. Questo significa rafforzare il rapporto tra medicina generale e università, sviluppare ricerca, *audit* clinico e insegnamento e costruire percorsi forma-

“La pandemia ha dimostrato la centralità del Mmg nella gestione della complessità clinica e della comunità”

tivi capaci di rispondere alle nuove esigenze della medicina territoriale.

La Medicina generale non può essere considerata soltanto una prestazione o una convenzione. È una componente essenziale dell'assistenza primaria e della presa in carico della popolazione.

La lezione mancata

Dopo la pandemia sarebbe stato necessario intervenire su almeno 6 fronti.

1. Il riconoscimento della specificità professionale del Mmg, attraverso ruoli, responsabilità e percorsi di sviluppo coerenti con le competenze richieste.

2. Il rafforzamento della medicina generale in ambito universitario, con maggiore spazio per ricerca, in-

segnamento e cultura della medicina di comunità.

3. Una riforma del territorio basata sulle competenze e non soltanto sugli edifici.

4. Un'integrazione strutturale tra medicina generale, sanità pubblica e ospedale, con percorsi bidirezionali e responsabilità definite.

5. Incentivi strutturali per la medicina territoriale, soprattutto nelle aree disagiate.

6. Un sistema di formazione continua e di valutazione delle competenze, capace di accompagnare l'evoluzione della professione.

Il rischio è che la lezione della pandemia rimanga confinata alla memoria dell'emergenza senza diventare una componente strutturale della riforma.

Non solo mattoni...

La riforma dell'assistenza territoriale rappresenta una delle trasformazioni più importanti del Ssn degli ultimi decenni. Il Dm 77/2022 ha definito una cornice organizzativa precisa e il Pnrr ha destinato risorse rilevanti alla realizzazione delle strutture. Ma la stessa riforma individua come obiettivo il rafforzamento dell'integrazione tra servizi, professionisti e livelli assistenziali.

La vera sfida comincia quindi adesso. Il territorio non si ricostruisce soltan-

to con i mattoni. Non si attirano i professionisti con gli *slogan*. Non si crea fiducia attraverso indicatori artificiali.

La medicina di comunità richiede identità, competenze, responsabilità e riconoscimento.

Il confronto con il medico condotto può essere utile proprio perché quella figura, pur appartenendo a un'altra epoca e a un sistema sanitario profondamente diverso, aveva una caratteristica che oggi rischiamo di smarrire: un'identità professionale fortemente riconoscibile e un rapporto diretto con la comunità.

Non si tratta di tornare indietro, ma di recuperare quella lezione dentro una medicina contemporanea, multiprofessionale, tecnologica e integrata.

Le Case della Comunità possono rappresentare una straordinaria opportunità. Ma soltanto se saranno riempite non semplicemente di professionisti e apparecchiature, bensì di un progetto. La domanda da porsi, dunque, non è soltanto quante Case della Comunità riusciremo a costruire.

È quale medicina vogliamo costruire al loro interno.

Dove sono la missione e la *vision* di questa rivoluzione della sanità pubblica? È da questa domanda che dovrebbe partire il confronto sul futuro del territorio.

Bibliografia disponibile a richiesta

Un nuovo patto per il territorio

Il territorio ha bisogno di una nuova identità. Non basta costruire CdC se non si definisce contemporaneamente chi deve lavorarvi e chi coordina le attività, quali responsabilità ha attribuito ai diversi professionisti e quali risultati si devono raggiungere.

Il modello potrebbe essere sintetizzato in alcuni punti essenziali:

- **status** professionale chiaro, attraverso dipendenza o convenzione evoluta, evitando forme ibride;
- **governance** territoriale forte;
- **équipe** multiprofessionali stabili;
- incentivi strutturali per le sedi disagiate;
- Case della Comunità come **hub** clinici e organizzativi, non semplici edifici;
- indicatori orientati alla qualità e agli esiti;
- sistemi informativi e cartella territoriale condivisi;
- continuità strutturata tra ospedale e territorio;
- formazione continua;
- percorsi di carriera per le professioni territoriali;
- valorizzazione delle competenze avanzate della medicina generale, anche attraverso modelli come il GPwER.

I 10 punti chiave per la riforma del territorio

- 1. Status professionale chiaro:** Dipendenza o convenzione evoluta, senza forme ibride.
- 2. Governance territoriale forte:** Distretto con autonomia gestionale e di *budget*.
- 3. Équipe multiprofessionali stabili:** Integrazione tra Mmg, infermieri e specialisti.
- 4. Incentivi strutturali:** Supporto concreto per le sedi disagiate e montane.
- 5. CdC come hub clinici:** Centri di presa in carico e non meri contenitori.
- 6. Indicatori di esito:** Misurazione orientata alla qualità delle cure e salute.
- 7. Cartella territoriale condivisa:** Sistemi informativi interoperabili Ssn.
- 8. Continuità ospedale-territorio:** Percorsi integrati bidirezionali.
- 9. Valorizzazione accademica:** Riconoscimento della medicina generale come disciplina complessa.
- 10. Percorsi di carriera:** Sviluppo professionale continuativo per i medici del territorio.