

## La formazione in Cure Primarie e la Medicina di Comunità

### Un'opportunità per i futuri CLM riformati secondo il DM 270/2004

Paola Facchin (Padova)

#### Reti di cure primarie: una realtà attuale ed una sfida crescente

L'espressione *cure primarie* costituisce ormai una dizione comunemente usata nella comunità scientifica internazionale, nelle reti di formazione accademica e nella corrente prassi organizzativa ed assistenziale. Nonostante non esista un'unica ed universalmente condivisa definizione di cure primarie, esse sono genericamente identificate con l'insieme di attività, funzioni e servizi compresi nel contesto della così detta *medicina territoriale*, ovvero nella sede più prossima all'ambiente di vita della persona malata. Questa grande area di cure ha registrato una straordinaria espansione nel nostro Paese negli ultimi anni, tanto che il *budget* gestito dal territorio nelle sue varie articolazioni regionali (distretti, dipartimenti di cure primarie, servizi farmaceuti territoriali, ecc.) è cresciuto dal 20% dell'intero *budget* del Sistema Sanitario nel 1998 al 49% del 2003. Ormai questa soglia si approssima al 50% nella maggior parte delle Regioni e la supera in talune (Fig. 1).

Una così impressionante crescita è stata la conseguenza di politiche sanitarie che hanno implementato nuovi modelli di offerta assistenziale, trasformando progressivamente i compiti

affidati all'ospedale e ai centri universitari di eccellenza e tentando di definire i contorni ed i contenuti di nuove prese in carico di pazienti, specie con patologie croniche, o comunque condizioni complesse e di lunga durata, e/o con decadimento progressivo delle funzioni e generalmente senza realistiche opportunità di guarigione. Il contemporaneo invecchiamento della popolazione ha concentrato l'attenzione soprattutto sul sottogruppo assai numeroso dei malati anziani, in cui i bisogni sanitari sono associati, e spesso resi più complessi da affrontare, dalle contemporanee necessità sociali. In realtà lo stesso modello di cura integrato si è sviluppato più o meno compiutamente in molti altri campi, come ad esempio quelli della salute mentale, della riabilitazione e più in generale della presa in carico della persona disabile, dalla salute materno-infantile, delle cure palliative, ecc. Ciò ha comportato la crescita di attività e funzioni che hanno spinto a lavorare nei servizi territoriali un numero sempre crescente di professionisti di diversa estrazione culturale e, tra essi, di medici di diversa specializzazione. In talune Regioni (ad esempio nel Veneto), dove questo cambiamento è stato particolarmente intenso, quasi metà del personale socio-sanitario dipen-

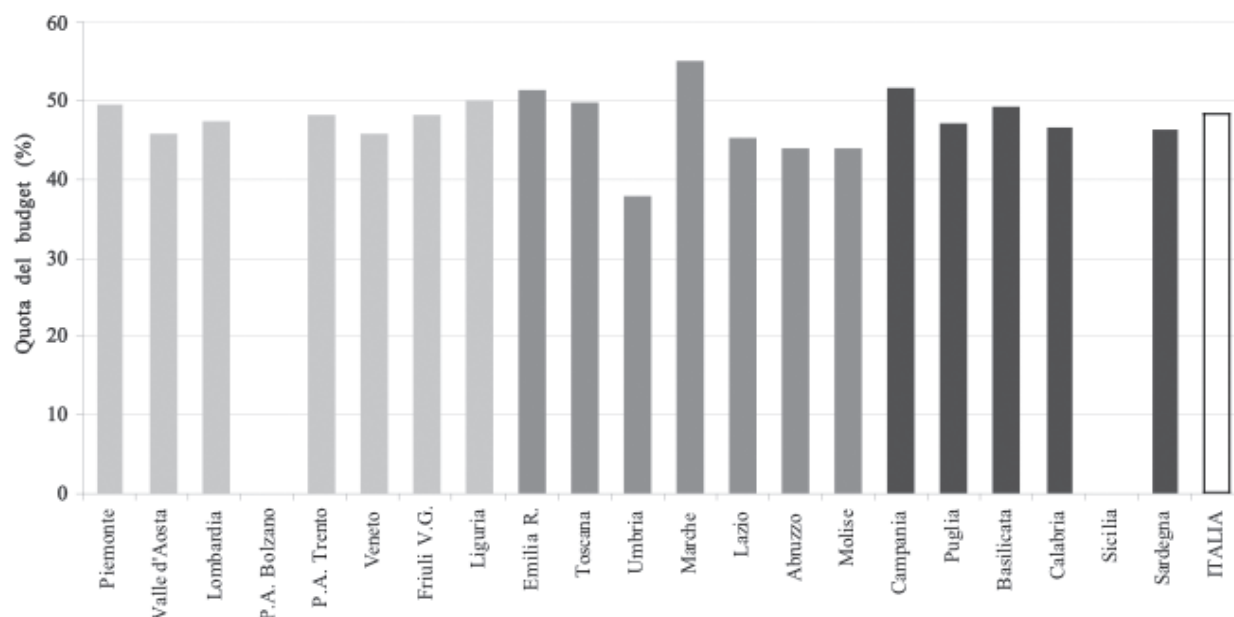


Fig. 1 - Percentuale di budget gestito dall'assistenza territoriale per Regione (Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, anno 2001).

dente o convenzionato lavora totalmente o parzialmente nel territorio, venendo così a definire delle reti di assistenza composte da molte diverse tipologie di professionisti, di cui circa il 40% medici. Tra i medici meno della metà (tra il 15 e il 20%), sono medici di medicina generale, mentre i restanti (20-25%) sono specialisti di molte diverse specializzazioni (pediatria, geriatria, psichiatria, medicina fisica e riabilitativa, ginecologia, medicina interna, malattie del ricambio e metaboliche, chirurgia generale, anestesia, oncologia, e molte altre). Si comprende bene, quindi, come l'equazione, che spesso viene riproposta, reti di cure primarie uguale a medicina generale, sia del tutto forviante rispetto alla realtà dei fatti, oltre che scorretta dal punto di vista culturale e scientifico (Fig. 2).

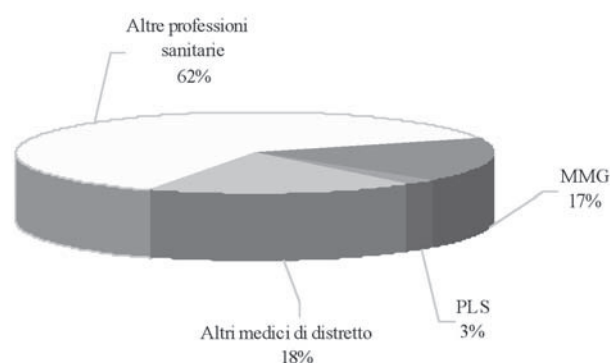


Fig. 2. Distribuzione dei professionisti operanti nelle reti di cure primarie (Fonte: *Relazione Sanitaria*, anno 2003, Regione Veneto)

Questa trasformazione dei sistemi sanitari regionali andrà ad impattare pesantemente sui sistemi di formazione, in particolare in quelli pre-laurea gestiti dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, tra cui i corsi di laurea in Medicina, e in quelli post-laurea delle Scuole di Specializzazione. Di questo impatto si hanno ora i primi sentori, ma essi diventeranno tra pochi anni enormemente condizionanti, anche tenendo conto delle dinamiche e dei tempi di formazione dei professionisti e delle esigenze di essi da parte del "mercato", costituito appunto dal sistema dei servizi. Attualmente circa 6500 studenti entrano nel corso di laurea di Medicina in Italia e ne escono laureati intorno a 7000-7500 per anno. Questi vanno ad alimentare il circuito della formazione post-laurea, costituito sia dalle Scuole di Specializzazione, sia dalle Scuole regionali per la formazione in Medicina generale, circuito post-laurea che oggi comples-

sivamente immette nel mercato del lavoro meno di 8000 nuovi professionisti. Come è evidente l'intero sistema della formazione è sbilanciato, poiché le uscite attuali superano le nuove entrate, risentendo ancora del contingente di studenti che lungamente soggiornano nelle Facoltà italiane come fuori corso accumulati dagli anni passati. Nel futuro è quindi prevedibile fin da ora una progressiva diminuzione del numero di nuovi professionisti disponibili per rimpiazzare il *turnover* dei servizi. Esso è stimato intorno al 15% del totale degli oltre 180000 medici dipendenti o convenzionati entro 5 anni e di quasi il 60% entro 15 anni. Una grande parte di questa quota riguarderà i medici di medicina generale, poiché quelli attualmente attivi presentano un *cluster* per età concentrato intorno ai 20-27 anni di laurea. Il problema quindi di quanti e soprattutto quali professionisti formare si pone ora con urgenza alle Facoltà di Medicina, poiché la latenza tra immissione nel circuito della formazione ed uscita per i nuovi studenti è ormai non inferiore agli 11-12 anni.

### Chi forma per le cure primarie: il ruolo dell'Università

Come abbiamo già brevemente sopra accennato, i sistemi sanitari, in Italia, ma più in generale in tutti i paesi occidentali, si trovano nella necessità di dare risposte complesse e sostenibili a patologie sempre più spesso croniche e a bisogni di salute articolati, richiedenti sia la disponibilità di competenze specialistiche raffinate, che solo reti verticali di centri di eccellenza clinica possono offrire, sia di un approccio olistico e di attenzione alla persona e alla qualità della sua vita, che solo la multisettorialità e multidimensionalità delle reti orizzontali di cure primarie possono garantire. Su questa necessità obiettiva si è innestata nel nostro Paese una accesa polemica che ha messo in dubbio la capacità dell'Università di adattare i propri percorsi formativi ai nuovi modelli assistenziali. Si sono rese sempre più insistenti le richieste di arrivare progressivamente a Scuole regionali di Medicina, o per lo meno di spostare una parte della formazione pre-laurea e, soprattutto, post-laurea direttamente presso i servizi e le strutture esterne alle sedi universitarie e direttamente gestite dai sistemi sanitari regionali. Proposte legislative sono state già sviluppate a riguardo. Uno degli esempi che viene riportato a supporto di tali tesi è proprio l'incompetenza che le Facoltà di Medicina avrebbe-

ro nella formazione dei medici di medicina generale e più in generale del sistema delle cure primarie. Ma è proprio vero quanto sostenuto? In realtà, le Facoltà di Medicina hanno già al proprio interno gli strumenti tipici della forma e della logica universitaria capaci di contrastare questi tesi e soprattutto di provvedere ad una formazione di qualità sia nel pre- sia nel post-laurea per l'intero sistema delle cure primarie e, quindi, anche della medicina generale.

Nell'ordinamento previsto dal D.M. 270, è infatti compreso, come d'altra parte negli ordinamenti precedenti, un apposito ambito disciplinare, la Medicina di Comunità, che specificamente ha l'obiettivo formativo di fornire le conoscenze, attitudini e competenze necessarie per agire nell'ambito dei sistemi di cura che fanno capo alle reti di cure primarie. L'ambito disciplinare già ora comprende più settori scientifici-disciplinari quali MED 09, 38, 42, ecc, proprio perché molteplici sono le competenze che servono che dare formazione utile per questi sistemi complessi. Là dove i corsi sono stati attivati da più tempo e con maggiore impegno, si sono integrate le risorse di docenza già disponibili nelle Facoltà con altre competenze professionali specifiche, di volta in volta selezionate con le modalità tipiche del mondo universitario, da professionisti operanti nei distretti sanitari e nella medicina generale. Una obiezione che potrebbe essere sollevata rispetto all'importanza strategica di attivare in questa maniera in tutti i CL di Medicina questo ambito disciplinare, consiste nella domanda su quale sia lo specifico culturale della medicina di comunità, poiché naturalmente non si può pensare che esista una malattia del territorio e una analoga dell'ospedale. In realtà la medicina di comunità costituisce un preciso ambito disciplinare riconosciuto in tutti i Paesi europei e d'oltreoceano, che presenta una elaborazione culturale sua propria e strumenti specifici che costituiscono appunto il fondamento di conoscenze e competenze su cui si devono basare le reti di cure primarie, compreso la medicina generale. Tale specifico culturale riguarda sia il fare diagnosi, sia il curare, sia, infine, le modalità organizzative ed il contesto di cura in cui agire. Il fare diagnosi costituisce una parte essenziale di tutte le competenze specialistiche e uno degli elementi fondanti del percorso formativo degli studenti in medicina. Lo specifico della medicina di comunità in questo ambito consiste nel passaggio dalla diagnosi di malattia all'*assessment* diagnostico dei bisogni assistenziali del paziente e della sua fami-

glia. Questo passaggio prevede un percorso diagnostico che, partendo dalla diagnosi di malattia e di eventuale comorbidità, attraverso l'*assessment* dei profili di *impairment* e di funzione, definisca il piano delle attività (ciò che può fare, cosa ci si aspetta che faccia, cosa vuole fare) e le contestualizzi nei diversi contesti di vita (famiglia, scuola, lavoro, ecc), determinando così la sequenza dei bisogni assistenziali specifici non solo e non tanto di una data malattia, ma piuttosto di una data persona. Ad esempio, uguali malattie in persone diverse possono portare a profili di bisogni assistenziali dissimili e, viceversa, un analogo bisogno assistenziale può essere condiviso da persone con malattie diverse. Il percorso diagnostico sopra indicato richiede ad ogni passo conoscenze specifiche, familiarità e capacità di utilizzo di molteplici strumenti a volte complessi, attitudine a considerare la persona malata nel suo complesso e nelle sue interazioni con le comunità di appartenenza, *in primis* la sua famiglia, competenze professionali da apprendere e testare nei diversi contesti dove sarà poi necessario realmente utilizzarle. La diagnostica settoriale e multidimensionale che ciò comporta costituisce la base per stabilire concretamente cosa c'è da fare per quella persona. Anche per questo critico secondo ambito, quello della cura della persona malata, la medicina di comunità aggiunge alla tradizionale cura della malattia il passaggio alla presa in carico della persona, che viene definita negli aspetti operativi concreti attraverso la stesura di piani assistenziali integrati. Essi si basano sul profilo dei bisogni assistenziali e, per ognuno di essi, portano a stabilire il piano degli interventi, gli attori, i tempi, gli obiettivi di salute da raggiungere, gli *endpoints* che si intendono misurare, le risorse da mettere in campo e la coerenza interna e eventuale potenziamento tra le diverse azioni. I piani assistenziali sono tagliati sulla persona e la sua famiglia, sono dinamici nel tempo e hanno come obiettivo principale il raggiungimento della massima qualità di vita possibile, con ogni malattia ed in ogni fase della malattia. La sequenza nel tempo dei diversi piani assistenziali per ogni persona definisce il suo percorso assistenziale, che nelle malattie croniche e particolarmente in quelle molto severe, può quasi corrispondere al suo percorso di vita. Infine anche i modelli assistenziali ed organizzativi di riferimento sono specifici e ormai di sempre più diffuso utilizzo, come ad esempio le dimissioni protette, le assistenze domiciliari integrate e i

percorsi assistenziali. Essi non corrispondono a meri adempimenti amministrativi vuoti di contenuto clinico, ma modalità complesse per unire senza soluzione di continuità e frammentazione i vari ambiti (ospedale, territorio, domicilio), servizi, professionisti ed istituzioni che si occupano parallelamente o in sequenza temporale della cura della stessa persona. Anche in questo caso sono richieste conoscenza di strumenti dedicati, attitudine a gestire gruppi e a contenere conflitti, competenze organizzative specifiche. E' proprio per il suo essere terreno di confine tra diverse competenze disciplinari che l'ambito disciplinare di Medicina di Comunità comprende diversi Settori e, d'altra parte la disciplina di Medicina di Comunità, è compresa in differenti settori scientifici disciplinari.

### **Da crisi ad opportunità: alcune proposte concrete**

Per quanto esposto sopra, l'Università ha al suo interno gli strumenti per trasformare la supposta da taluni difficoltà ad adattare i propri percorsi alla formazione per le cure primarie e la medicina generale, in una nuova opportunità per richiamare nel proprio ambito della formazione pre- e post- laurea questa ampia area ora realmente negletta e troppo spesso lasciata interamente a corsi e docenti non accademici.

Per quanto attiene i Corsi di Laurea in Medicina, la corretta applicazione del D.M. 270 ed in particolare l'attivazione dell'ambito disciplinare di Medicina di Comunità con i contenuti formativi in precedenza brevemente descritti, consentirebbe fin d'ora di dare a tutti gli studenti gli strumenti di base, da affinare nel corso della successiva formazione post-laurea, per poter interagire con o essere parte professionalmente attiva e qualificata delle reti di cure primarie. Il corso integrato dovrebbe prevedere una parte di didattica teorica, per dare le conoscenze di base e alcuni tra i più essenziali strumenti specifici, ed una parte teorico-pratica e di tirocinio in modo da esporre gli studenti ad esperienze concrete in diversi contesti assistenziali, ivi compreso quelli tipici del territorio e il domicilio del paziente. Un suggerimento, realmente sperimentato e dimostratosi di grande impatto formativo e gradimento da parte degli studenti, è il proporre parte di questa didattica pratica orientandola sui percorsi assistenziali di "pazienti tipo". Secondo questo approccio, alcuni pazienti, paradigmatici per tipo di bisogni assistenziali presentati, ricoverati nelle cliniche

durante la fase di diagnosi e/o di acuzie, possono essere seguiti direttamente dagli studenti in fase di dimissione protetta, ritorno a domicilio e presa in carico da parte delle reti distrettuali, comprendenti anche il medico di medicina generale. La disponibilità di un numero sufficiente di distretti, o comunque di servizi integrati territoriali, può essere garantita attraverso procedure di accreditamento-convenzione con aziende sanitarie territoriali, definendo una rete formativa per i CL in modo analogo a quanto già avvenuto per la formazione specialistica post-laurea.

Anche per quanto attiene la formazione post-laurea, l'attivazione della scuola di specializzazione in Medicina di Comunità costituisce una rilevante opportunità per le Facoltà di Medicina. La scuola, compresa nell'area medica, classe della medicina generale, presenta un ordinamento caratterizzato da un triennio clinico, che garantisce agli specializzandi esposizione ad esperienze formative rivolte a differenti bisogni assistenziali di pazienti di ogni classe d'età, in contesti di cura ospedalieri, di altre tipologie residenziali (ad esempio: *hospice*, RSA, ospedali di comunità, ecc.), territoriali e domiciliari, ed un biennio più manageriale-gestionale, con un tirocinio da svolgersi presso i vari servizi in cui il distretto si articola. Proprio per la sua organizzazione e per i contenuti formativi che la caratterizzano, la scuola è certamente adatta per riportare progressivamente la formazione del medico di medicina generale all'interno della formazione universitaria, dando contemporaneamente anche a questa figura la compiutezza e la dignità di un *training* accademico riconosciuto e rispondente alle esigenze già indicate anche dalla UE. Nella situazione attuale è prevedibile un progressivo avvicinamento a tale obiettivo, iniziando con l'identificazione, là dove sono già attivate le scuole, di alcune attività del primo triennio comuni con le scuole regionali di formazione per la medicina generale, per arrivare in un secondo tempo ad una possibile titolo congiunto dopo il primo triennio di scuola di medicina di comunità con le scuole regionali di medicina generale e successivo diploma di specializzazione al compimento del quinquennio solo per gli studenti del corso universitario. Ciò avrebbe il vantaggio di richiudere, in tempi relativamente rapidi, la frattura nella formazione post-laurea tra quella della medicina generale e di tutti gli altri medici, di prospettare un possibile avanzamento di carriera e responsabilità anche per pochi medici di



|                                     | Famiglie con minori<br>con malattia rara | Famiglie con minori<br>senza malattia rara |
|-------------------------------------|--|--|
| Rottura della famiglia              | 36%                                      | 7%   |
| Cambiamento/abbandono lavoro madre  | 64%                                      | 34%  |
| Cambiamento lavoro padre            | 22%                                      | 11%  |
| Cambiamento dei piani per il futuro | 50%                                      | 19%  |

Tab. 1 - Carico familiare in famiglie con minori con e senza malattia rara (fonte: Osservatorio per la Patologia in Età Pediatrica della Regione Veneto).

medicina generale interessati e capaci, subordinandolo però all'acquisizione del diploma di specializzazione specifico, e di preparare già la futura ulteriore evoluzione in una formazione con diploma specialistico anche per la medicina generale, ipotizzando un secondo biennio a due indirizzi, il primo tradizionale per specialisti in medicina di comunità ed il secondo nuovo per specialisti in medicina generale.

Per le implicazioni sopra descritte nella formazione pre- e post-laurea, lo sviluppo della medicina di comunità come base e contenitore della formazione del medico nell'area delle cure primarie, costituisce una unica opportunità per le Facoltà di Medicina, tanto più in questo momento di transizione quando sono completamente aperte opzioni di rinnovamento dei percorsi formativi per la necessità di disegnare nuovi ordinamenti di sede, assetti di Corsi di laurea anche con specifici orientamenti e ordinamenti e assetti delle scuole di specializzazione. Queste opzioni devono essere efficacemente utilizzate per adeguare i percorsi formativi alle trasformazioni dei sistemi di cura e per renderli più coerenti con i più profondi cambiamenti e aspettative che le persone e la società hanno intorno alla medicina e più in generale l'assistenza socio-sanitaria. Troppo spesso la presa in carico del malato specie se in condizioni severe, non guaribile e/o disabile, grava quasi totalmente sulla famiglia, con costi economici e sociali non ulteriormente sostenibili. Nella tabella 1 vengono riportati alcuni eventi accaduti in famiglie con minori affetti da gravi malattie rare disabilitanti ed evolutive ed in famiglie con minori senza questo problema, residenti nelle stesse aree.

Come si vede la trasformazione della vita stessa dell'intera famiglia, a causa della necessità di

fornire assistenza al congiunto spesso sostituendosi ai sistemi di cura ora inefficaci, è radicale. Questa lontananza tra bisogni delle famiglie e offerta dei servizi non si evidenzia solo nelle circostanze estreme, come appunto quelle delle malattie rare, ma è piuttosto una condizione ricorrente in molte famiglie con malati cronici, anziani non autosufficienti, patologie mentali, e altro. La sfiducia che ciò comporta determina frequentemente il ricorso a medicine alternative o addirittura al paranormale, ricorso in grande crescita nel nostro Paese e quasi indicatore indiretto della distanza tra ciò che offriamo e la presa in carico che sarebbe desiderata (Tab. 2).

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ricorso a:</i>   |     |
| medicina alternativa  | 11% |
| paranormale   | 8%  |
| altre terapie alternative   | 19% |
| <i>Giudizi delle famiglie riguardo al trattamento effettuato:</i> |     |
| solitudine/mancanza di presa in carico                            | 15% |
| mancanza di collaborazione tra professionisti                     | 8%  |
| no terapie efficaci   | 30% |

Tab. 2 - Eventi e giudizi in famiglie con malati cronici severi e/o disabili (fonte: Osservatorio per la Patologia in Età Pediatrica della Regione Veneto).

Una maggiore attenzione alla presa in carico della persona, ai suoi bisogni complessivi e alla continuità di quanto offerto dai servizi attraverso piani assistenziali integrati potrebbero per lo meno diminuire il senso di solitudine ed abbandonano che troppo frequentemente accompagna le vite di queste persone.