

LA DISCUSSIONE

Ovidio Brignoli

Riforma ai raggi X

Ci sono voluti mesi e mesi di discussioni, scontri, polemiche, incomprensioni, tentativi di ricucitura, riunioni fiume. Alla fine, il 18 giugno, il Consiglio dei Ministri ha approvato la terza riforma del Servizio sanitario nazionale. Una riforma destinata a mutare radicalmente un settore delicatissimo per i cittadini, i medici, le istituzioni.

La riforma del Servizio sanitario nazionale ha come obiettivo "nel rispetto della persona umana e del bisogno di salute, l'equità dell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze e l'economicità nell'impiego delle risorse".

Ma cosa cambia nel dettaglio per il medico di medicina generale? Quali gli articoli più rilevanti? Quali i problemi maggiori?

Vediamoli insieme, con un primo commento della Simg.

Art. 1 Il Servizio sanitario nazionale garantisce a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa tutte le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza. L'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN nel rispetto delle compatibilità definite nel documento di programmazione economico-finanziaria. I livelli di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a. l'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro
- b. l'assistenza distrettuale
- c. l'assistenza ospedaliera.

Questo articolo si propone di offrire ai medici di medicina generale una riflessione sulle strategie della legge e sulla loro applicazione pratica mettendo in risalto i punti di forza e di debolezza, le opportunità e le minacce.

Art. 3 1 bis le unità sanitarie si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale;

La medicina generale per la prima volta ha di fronte interlocutori che nel rispetto dei vincoli di bilancio e degli obiettivi generali hanno la possibilità di realizzare progetti, percorsi e modelli di cura. Questa progettualità necessita da un lato di risorse economiche e umane che l'azienda deve reperire e dall'altro di idee e disponibilità al cambiamento da parte dei medici di famiglia. La centralità del medico di mg si misurerà sulla quantità degli investimenti destinati a questa area.

Il rischio è la possibile variabilità e la non uniformità degli interventi sanitari ed assistenziali. La

minaccia è determinata dallo sterminato esercito di burocrati che si annidano nelle stanze delle aziende sanitarie e che possono costituire un ostacolo alla realizzazione dei processi di cura in ossequio al rispetto formale delle centinaia di norme e regole che si sono andate accumulando in questi anni (prontuario nazionale e note, modifiche delle note, prontuari regionali, erogazione dei presidi, delle cure termali, dei farmaci ad uso compassionevole, di alcune prestazioni diagnostiche che pur essendo libere sono di fatto controllate dagli specialisti).

Art. 3 - Quater. IL DISTRETTO

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

Art. 3 - Quinquies. FUNZIONI E RISORSE DEL DISTRETTO

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale
- b) il coordinamento dei mmg e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale .

2. Il distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale
- b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze
- c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
- d) attività o servizi rivolti a disabili e ad anziani
- e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata
- f) attività o servizi per le patologie da Hiv e per le patologie in fase terminale.

Art. 3 - Sexies. il direttore DEL DISTRETTO

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento. Sono membri di tale ufficio un rappresentante dei mmg, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Sulla carta le opportunità sono molte: il distretto è il luogo dove si realizza l'assistenza primaria sulla base di un programma delle attività territoriali, in integrazione tra mmg specialisti ed ospedale per attività di cura e con il dipartimento per attività di prevenzione e con altri operatori per la continuità assistenziale e la riabilitazione. Si va verso una medicina generale che si programma e che lavora per obiettivi, che si valuta sugli esiti di cura e sui livelli di spesa e che lavora in integrazione con gli specialisti in veste di consulenti.

In Italia più del 90% dei mmg lavora da solo, la medicina di gruppo è stata un grande fallimento e il recente movimento delle cooperative ha difficoltà a concretizzare iniziative professionali. Per far uscire i medici dall'isolamento è necessario investire sul personale infermieristico fornito o pagato in parte dall'azienda sanitaria e sulle infrastrutture informatiche e telematiche come elemento di base per la

programmazione basata sui dati. E di questo non si trova traccia nella riforma. Inoltre gli strumenti che la convenzione offre ai medici per lavorare sul territorio sono obsoleti rispetto alle proposte della legge di riforma. Fare un programma delle attività territoriali in linea con il Piano sanitario significa riscrivere il modo di curare le persone seguendo un percorso ininterrotto nel tempo che si propone di raggiungere obiettivi clinici e di qualità di vita partendo dalla valutazione del rischio globale individuale (fare prevenzione), e intervenendo sugli eventi di malattia acuti e cronici secondo un piano condiviso e continuamente valutato. L'assistenza programmata domiciliare e anche l'assistenza integrata sono ancora prestazioni sporadiche e frammentate. In assenza di una visione strategica il distretto rischia di essere l'ennesima gabbia burocratica che pesa e misura interventi tra di loro scollegati.

Non sono chiari i ruoli e i compiti di integrazione con il settore sociale e con la continuità assistenziale. Ma i problemi maggiori rimangono quelli di motivare i medici ad uscire dall'isolamento e ad assumersi la responsabilità dell'intero processo di cura dei pazienti.

Art. 8

1.

d) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che:

- il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente;
- le prestazioni offerte in attività libero professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d);
- il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede e orario di svolgimento al fine di consentire gli opportuni controlli;
- sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano l'attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti ;

e) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) ;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto.

Le modifiche apportate a questo articolo mantengono al medico la possibilità di esercitare la libera professione nei confronti del proprio assistito purchè siano rispettate alcune ragionevoli limitazioni. La libera professione è intesa come una integrazione diagnostica clinica o strumentale non prevista dalla convenzione finalizzata al completamento di un processo diagnostico o terapeutico del paziente. Eseguire un ecg ad esempio, può essere di grande vantaggio per il paziente che risparmia tempo e

denaro, per il medico che migliora la professionalità e per lo stato che risparmia l'accesso a cure di secondo livello. L'esperienza delle convenzioni precedenti ci insegna che questi piccoli spazi libero professionali sono graditi dai pazienti che spesso chiedono al proprio medico di aumentare la gamma delle prestazioni e dei servizi offerti. In dieci anni di attuazione non mi pare che ci siano state rimostranze da parte dei pazienti che in realtà gradiscono e richiedono al proprio medico di aumentare la gamma delle prestazioni. Togliere questo spazio alla medicina generale significa ancora una volta aumentare le spese e i disagi della popolazione. Il punto d) dell'articolo ribadisce ancora una volta la necessità di incentivare la differenziazione del compenso che può diventare la molla trainante per la costruzione di una medicina generale di qualità. Sosteniamo con forza il concetto che chi lavora di più e meglio debba essere pagato di più. I compensi che ricadono a pioggia sulla professione sono il migliore incentivo per i medici pigri e demotivati.

Art. 11. Ricerca sanitaria

4. Il programma di ricerca sanitaria:

- a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;
- b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori di servizi;
- c)
- d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare l'integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria;
- e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;
- f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione dell'attività degli operatori, la verifica e il monitoraggio dei risultati conseguiti;

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata .

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle Regioni .

Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati nonché imprese pubbliche e private.

L'istituto di ricerca della SIMG ha tra i suoi obiettivi la valutazione dei processi di cura, dei percorsi sanitari, delle procedure, dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi e quindi è l'unico strumento idoneo per realizzare le ricerche indicate dalla legge di riforma. La ricerca in medicina generale intesa come analisi sistematica e strutturata dei processi di cura e dei loro esiti deve diventare la base per la programmazione e la pianificazione degli interventi.

Art. 7. formazione continua e ospedali di insegnamento

è positivo il riconoscimento che viene dato alla formazione, individuata come elemento indispensabile per una buona professione. Le perplessità derivano dal fatto che nella legge è previsto il rispetto di una serie di regole formali che non garantiscono una ricaduta efficace della formazione sulla professione.

Non serve valutare se il medico generale frequenta numerosi corsi o convegni o congressi ma se ciò che ha appreso lo rende capace di svolgere l'attività professionale in modo adeguato. L'introduzione della formazione manageriale (non si capisce perché essa sia limitata alle figure dirigenziali) dà ragione alla SIMG che da anni ha attivato una scuola di management.

1. è necessario richiedere un fondo in quota capitale per la medicina generale
2. l'informatizzazione degli studi e il personale per il territorio sono i requisiti infrastrutturali indispensabili per la medicina generale
3. questa legge offre una serie di opportunità ai medici che intendono dedicarsi esclusivamente alla medicina generale
4. l'attuale strumento convenzionale è vecchio ed inadeguato a tradurre contrattualmente tutte le opportunità che la legge di riforma offre
5. è necessario uno sforzo comune di tutte le componenti della medicina generale per costruire una piattaforma convenzionale che risponda alla complessità del sistema
6. è necessario introdurre nella convenzione il concetto di salario differenziato per premiare il lavoro e la qualità.

