

L'ultima Thule

Luogo mitico di favola, ai confini del mondo, estrema speranza di salvezza e rifugio.

Claudio Cricelli

Tra le molte ipotesi di trasformazione della organizzazione della Medicina del territorio, accanto al DM 77, emergono proposte e progetti la cui fattibilità e realizzabilità accendono speranze, interesse, dubbi e interrogativi.

Occorre innanzitutto osservare che è indispensabile chiarire quali debbano essere

1. la struttura primaria del sistema di cure del territorio,
2. a chi debbano essere affidate,
3. le modalità organizzative del servizio ad essa affidato,
4. i bisogni di salute e di malattia da soddisfare e coprire,
5. l'intensità di cure da erogare,
6. la complessità di servizi del sottosistema cure primarie,
7. le risorse ad esse destinabili e buon'ultima
8. la natura o le nature giuridiche dei professionisti sanitari del comparto.

Come ricorderete il dibattito è partito, in maniera sconclusionata, dall'ultimo punto, tutto concentrato e limitato al dilemma: medici di famiglia convenzionati o dipendenti?

Che il metodo sia birichino e sconclusionato è sotto gli occhi di tutti. Se sono vere e valide le considerazioni sulla

necessità di apportare profonde modifiche e cambiamenti all'organizzazione della medicina territoriale/generale, solo pensare che tutti

i problemi possono essere risolti da un cambiamento di rapporto giuridico di lavoro, significa che la causa primaria della disorga-

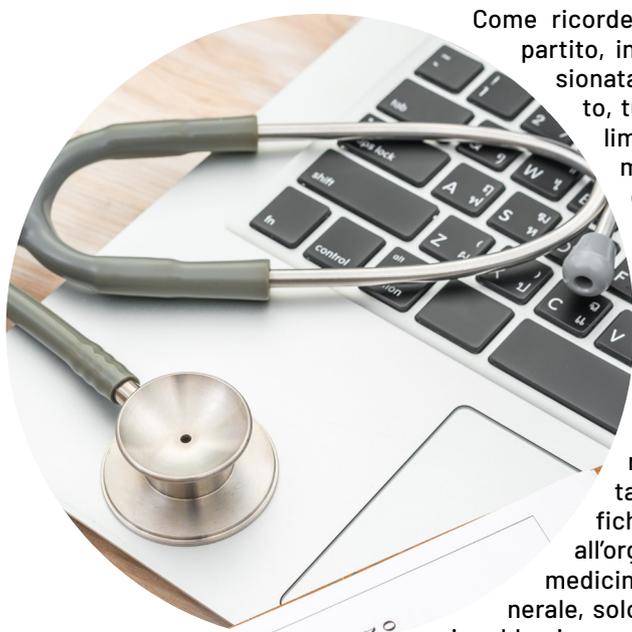
nizzazione e dell'inefficienza sta primariamente ed esclusivamente nel rapporto convenzionale. Ancora oggi qualcuno sostiene questa tesi senza chiarire come il lavoro dipendente possa risolvere i problemi posti dai 7 punti precedenti.

In realtà infiniti confronti e comparazioni tra sistemi di cure primarie di molti Paesi, confermano che i risultati in termini di buone cure, soddisfazione degli utenti, efficienza organizzativa ed outcomes sanitari, sono dipendenti da fattori specifici di quel sistema sanitario e non dalle caratteristiche del comparto delle cure territoriali. In altre parole, se un sistema è efficiente, ben organizzato, adeguatamente finanziato, ogni comparto viene strutturato e dimensionato a misura di quel SISTEMA.

Per esempio, l'inquadramento come liberi professionisti (independent contractors) o dipendenti come in Portogallo e Spagna, "Centros de Salud" o "Consultorios locales" o nelle "Unidade de Saúde Familiar (USF)" non è sinonimo di assenza di libera scelta del cittadino.

In Francia, il sistema si basa sulla libera scelta del paziente tra medico di medicina generale o specialista ad accesso diretto. Il sistema francese di assicurazione contro la malattia è tradizionalmente costruito su due livelli: un livello base obbligatorio, l'Assurance Maladie, ossia l'assicurazione sociale di malattia (ASM) e un livello complementare facoltativo fornito da assicurazioni private o convenzionate. I medici di famiglia esercitano prevalentemente in singoli studi privati ma le Case di cura multidisciplinari/aggregazioni sono in aumento.

La Germania ha un sistema assicurativo sociale, pubblico e privato, obbligatorio per tutti i cittadini e per coloro che risiedono in territorio tedesco, sia appartenenti a Stati Membri che extra UE. L'assistenza primaria comprende tutti i medici che trattano gli utenti a livello ambulatoriale, senza una chiara separazione della specialità del medico stesso. Gli assistiti hanno libera scelta del medico e di altri professionisti, sebbene il



rimborso delle cure da parte dell'assicurazione sia disponibile solo su prescrizione di un medico.

La Svezia ha un sistema di assicurazione sanitaria pubblica universale. I medici di famiglia sono dipendenti stipendiati, sia pubblici che privati. La retribuzione è costituita da una quota fissa su base capitaria (pagamento prospettico per gli assistiti iscritti nelle proprie liste) e da una quota variabile, basata sulle visite e sulle performance ottenute al raggiungimento di determinati obiettivi. La formazione dei medici di famiglia consiste in un Corso di specializzazione di cinque anni e mezzo ed un periodo di formazione di 21 mesi.

La Gran Bretagna ha un sistema sanitario nazionale universalistico (NHS) ed un sistema di Primary Care Regionalizzato attraverso l'Integrated Care System e le reti locali Primary Care Networks. I medici di famiglia (General Practitioners, GPs) sono liberi professionisti o dipendenti di studi ma con contratti definiti a livello nazionale. La formazione del GP è basata su una laurea di cinque anni in medicina, due anni di corso base in medicina generale all'interno di diverse strutture ospedaliere che erogano servizi cardine della medicina generale e tre anni di formazione specialistica in medicina generale.

Se volete documentarvi ulteriormente leggete il Quaderno supplemento della Rivista Monitor di Agenas del 2022 "Analisi comparata delle cure primarie in Europa".

In sintesi: a sistemi sanitari diversi corrispondono governance diverse, popolazioni e geografia diverse, tassazioni e sistemi di finanziamenti diversi e culture sociali e sanitarie diverse. Quello che conta è la definizione degli obiettivi paese specifici e l'allocazione di risorse. La scelta del sistema retributivo è secondaria e accessoria rispetto a COME si organizza TUTTO il sistema, a quante risorse si vogliono destinare a quel comparto e di quali risorse umane si intende dotarlo. Ad esempio: si può esercitare la Medicina Generale in qualsiasi Paese del Mondo senza ampia dotazione di personale sanitario amministrativo ed infermieristico? La risposta è NO. E chi lo paga? Ovviamente il sistema sanitario, direttamente o indirettamente? Guardate il nostro Paese e comprenderete perché è conveniente il convenzionamento. Perché costa poco, è poverissimo di personale e non è intenzione di nessuno, governo o regioni, farsi carico dell'enorme quantità di personale non medico di cui dovrebbe dotarsi un sistema di Cure Territoriali moderno ed efficiente.

Chi paga gli affitti degli studi medici? Lo stato se sono dipendenti o i medici stessi se convenzionati. E se i costi degli affitti, l'energia elettrica, il riscaldamento aumentano, chi paga gli aumenti? Lo Stato se i medici sono dipendenti, oppure lo Stato se si tratta di un Sistema Sanitario serio come in Gran Bretagna in cui una commissione nazionale pondera gli aumenti e adeguava le risorse. E in Italia? Pagano i medici con i loro emolumenti. Se l'inflazione o la deriva degli affitti dei centri urbani

ti sottraggono risorse, stringi la cinghia e paga caro i servizi. Lo stipendio resta lo stesso e il medico non ha risorse per finanziare adeguatamente i servizi ed il personale. Capito il trucco? Il paradosso è che la dipendenza sarebbe conveniente per i medici ma proibitiva per lo Stato. A meno che non si pensi ad una dipendenza col trucco. Stesso stipendio, stessi costi ma a carico del "dipendente" e nessun finanziamento di nuovo personale, di nuovi studi a carico dello Stato.

Quello che conta non è il dibattito ideologico sulle Case di Comunità o sulla dipendenza ma ribadisco, sui sette punti cardine del problema:

1. la struttura primaria del sistema di cure del territorio; come possiamo garantire cure a tutti i cittadini a casa loro senza migrazioni di massa verso servizi accentrati?
2. a chi debbano essere affidate? preferibilmente e modernamente ad equipe territoriali composite coordinate da MMG, personale amministrativo ed infermieristico a carico del SSN
3. modalità organizzative del servizio ad essa affidato con equipe territoriali spoke a media intensità di cure e reti territoriali capillari/studi medici a copertura dei territori
4. bisogni di salute e di malattia che devono essere soddisfatti e coperti in base alla demografia clinica prospettica: da qui al 2040 per evoluzione delle coorti di età (la nostra popolazione sarà quasi tutta di vecchi) e per distribuzione di malattie
5. l'intensità di cure che esse debbono erogare: le Cure Primarie devono erogare prestazioni avanzate ad elevato contenuto tecnologico e devono costituire il network informativo che colleghi strutture, domanda ed offerta di servizi territoriali e specialistici
6. la complessità di servizi del sottosistema Cure Primarie: come funzioneranno le reti del territorio?, quali servizi dovranno erogare?, quali specialisti dovranno ospitare?, quali e quanti servizi infermieristici e domiciliari dovranno garantire?, etc.
7. le risorse ad esse destinabili, gli stipendi separati dai costi da definirsi sulla base della complessità del modello organizzativo



Intanto dovremo affrontare il problema di fondo: ma tutte le nuove funzioni che stiamo immaginando in quali strutture murarie potranno essere organizzate e incardinate? Possiamo pensare a studi medici privi di standard adeguati, decorosi, moderni, avanzati? E con quali risorse e quale progetto possiamo modernizzare la rete di oltre 50000 studi di MG sul territorio. Qualcuno ci deve pensare seriamente. E forse qualcuno ci sta già pensando.

Intanto la SIMG sta riflettendo su un modello "SIMG OFFICE" basato sul progetto DOCTORS' OFFICE e lo presenterà al Congresso del 2023. Forse l'ultima Thule non è poi così illusoria e inaccessibile come sembra.

Claudio Cricelli