

## A proposito della riorganizzazione delle cure primarie

Credo sia ora di fare chiarezza soprattutto verso i cittadini, e lapalissianamente evidenziare che all'alba del Terzo millennio nessun lavoratore può lavorare sette giorni su sette per 24 ore al giorno, la cosa sarebbe impossibile. In quelle Case della Salute i medici di famiglia insieme ai medici di guardia medica si "turnerebbero", esattamente come accade per i medici di un Pronto soccorso ospedaliero, per cui, i cittadini che vi si dovessero recare, troverebbero un medico - non il proprio medico! - peraltro senza gli strumenti per eventuali accertamenti diagnostici tipici di un Pronto soccorso ospedaliero. Sarebbe null'altro che un Pronto soccorso di serie B! Questa impostazione, se dovesse sostituire completamente l'attuale assetto dell'assistenza di primo livello, farebbe saltare completamente la medicina del territorio, che, purtroppo, ben pochi politici che maneggiano la materia sembrano conoscere a sufficienza. L'attuale assetto si fonda sulla presenza capillare sul territorio dei Mmg nei loro studi, e ancor più si basa su quel particolare rapporto di fiducia che il cittadino ha con il proprio medico di famiglia, il quale a sua volta ha una conoscenza approfondita del proprio paziente e della sua famiglia, maturata in un rapporto prolungato, caratterizzato spesso da una particolare empatia. Ebbene, sappiano i politici che il caposaldo della medicina del territorio è proprio quel "particolarissimo rapporto", difficile anche da potere spiegare. È solo grazie a quello che ogni giorno i medici di famiglia riescono a svolgere efficacemente il proprio lavoro e anche a fare fronte alle innumerevoli richieste

incongrue di farmaci e accertamenti diagnostici spesso eteroindotte (specialisti, riviste, internet, ecc.), permettendo così di mantenere in equilibrio un sistema che è fra i meno costosi in Europa ed è ammirato per i risultati di efficacia ed efficienza. Con le Case della Salute al posto dei medici di famiglia strutturati come lo sono ora, la spesa della medicina territoriale si impennerebbe e la qualità dell'assistenza scadrebbe in maniera notevole accelerando quel processo già avviato da tempo (aziendalizzazione della sanità) di "disumanizzazione" della sanità stessa. D'ora in poi i cittadini quando sentiranno parlare di Case della Salute dovranno leggere "scomparsa del medico di famiglia", e i politici dovrebbero avere la consapevolezza che si accingono a fare danni, molti danni!

**Giovanni Balboni**  
 Medicina Generale, Bologna

## Medici di famiglia senza più ambizioni

La Medicina Generale nasce nel 1978 e nel 2000, con il famoso DPR n. 270, si avvia quella politica sindacale - attuata in buona fede - della svendita e dei rilanci al ribasso: strizzare l'occhio alla parte pubblica con l'offerta sottocosto. Un medico di medicina generale può effettuare medicazioni, orribilmente chiamate prestazioni di particolare impegno professionale (una sorta di autogol contrattuale!) per il corrispettivo economico che rifiuterebbe qualsiasi professionista. Può effettuare visite domiciliari programmate per un cifra per cui qualsiasi infermiere neolaureato non metterebbe neanche in moto l'automobile. Tratta in ambulatorio e a domicilio per 3-4 euro lordi mensili il giovane sano, così come il paziente diabetico scompen-

sato iperteso con insufficienza renale cronica e pregresso ictus. Ancora oggi in tutta Italia si propongono contratti e progetti regionali/aziendali sottocosto - in buona fede - con l'ottica di attrarre la Parte Pubblica, offrire un servizio all'utenza e aumentare il lordo in busta paga del medico già convenzionato o attirare giovani nell'area. Unici perni su cui si regge la volontà di continuare a lavorare del singolo medico di assistenza primaria sono: una certa libertà (minacciata continuamente) di scelta diagnostica e terapeutica, l'assenza di una struttura gerarchica e uno scarso contenzioso legale strettamente connesso al rapporto di fiducia e di conoscenza nel tempo che è alla base dell'esercizio della nostra professione. L'attuale, incerta, indefinita, forse volutamente ibrida forma giuridica del medico di assistenza primaria lo vede al tempo stesso incaricato di pubblico servizio, pubblico ufficiale, parasubordinato, libero professionista puro. I risvolti sono notevoli in campo anche tributario. In merito all'atto medico puro, il medico di famiglia sembra essere solo, esterno all'Azienda sanitaria di riferimento. Indubbi in termini economici sembrano i vantaggi delle Regioni nel liquidare al lordo il professionista, il quale deve "in house" sobbarcarsi i costi di gestioni generali dello studio. Come i partiti politici obtorto collo si alleano - quando serve - col loro nemico storico, così oggi anche il mondo sindacale medico - frammentatissimo - potrebbe ripensare se stesso, senza personalismi. Scarse garanzie, scarsi emolumenti, scarso prestigio allontanano i giovani dalla nostra professione, minando la serenità pensionistica dei più anziani. E spero che la classe politica non voglia riservare per i propri cittadini medici di famiglia senza ambizioni e senza voglia di fare.

**Giuseppe Mittiga**  
 Medicina Generale, Roma

## Razionalizzare senza razionare la spesa

Dopo decenni di dispensazione di prestazioni sanitarie e farmacologiche senza alcun controllo di spesa e qualità, furono introdotti i "ticket" sanitari, inizialmente prospettati come disincentivi economici. In poco tempo persero quella connotazione e divennero un metodo di compartecipazione finanziaria del sistema sanitario. Recentemente essi sono ulteriormente evoluti come vero e proprio finanziamento diretto nella "delivery chain" delle cure mediche. Questo processo si è solo in parte affiancato ad una vera e propria rivisitazione del rapporto costo-

beneficio e, quando questo è avvenuto, prioritariamente nel settore farmacologico.

Alcuni settori assicurativi, spesso associati a grandi corporate aziendali private, anche cofinanziate dai lavoratori, si rivolgono verso settori complementari delle cure mediche, meno coperti dal sistema sanitario pubblico, come ad esempio l'odontoiatria e l'ottica, oppure co-rimborsano, in parte, i ticket corrisposti.

Tutti gli interventi, comunque, pubblici o privati, seguono una costante logica di restringimento progressivo, e le coperture tendono a ridursi progressivamente. Ciò genera una forma di discriminazione tra persone con diversi livelli reddituali, per quanto riguarda l'accesso alle cure, senza che quest'ultime siano realmente sottoposte ad una valutazione di co-

sto-efficacia. Finché gli interventi programmatici resteranno confinati nell'alveo dei dicasteri economici degli Stati o degli uffici statistici delle grandi compagnie assicurative, il progressivo restringimento delle cure sarà percepito dalla popolazione come un abbandono o addirittura come un bene non più raggiungibile, all'insegna di una percezione innata di "diritto universale alla cura".

Le difficoltà economiche sono intrinsecamente un driver coatto evolutivo, ma una maggiore condivisione tra caregiver e pazienti, una migliore conoscenza scientifica diffusa unitamente ad un più semplice accesso ai dati scientifici sostituirà le tattiche gestionali contingenti con una strategia sanitaria di più lungo respiro.

**Massimo Bisconcin**

Medicina Generale, Quarto d'Altino (VE)



# M.D. web tv

## ONCOLOGY

[www.md-oncology.tv](http://www.md-oncology.tv)

All'interno del canale è possibile trovare:



**Area clinica**, videointerviste con Opinion Leader di approfondimento sulle novità dal mondo della clinica e della ricerca, raccolte in 15 aree tematiche secondo la classificazione ESMO



**Notiziario** di aggiornamento sulle principali novità scientifiche



**Speciale Congressi**, videointerviste dai principali eventi nazionali e internazionali



**Professione Oncologo**, tutto quanto coinvolge il medico oltre la clinica: normative, legislazione, organizzazione, etica, deontologia...

