

Quale medicina territoriale dopo la pandemia?

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la sintesi di una missiva inviata alla nostra redazione dal dottor Antonio Infantino, medico di medicina generale di Bari, che analizza e valuta le proposte della Fimmg nell'audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica sul tema "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post-Covid"

Gentile Direttore, la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ha recentemente avviato alcune audizioni sul tema "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post-Covid" indubbiamente resesi necessarie per la consapevolezza che l'anello debole dello scenario pandemico generale si sia rivelato essere proprio la medicina territoriale, che ha nella medicina generale convenzionata la sua attrice protagonista.

A tale proposito, da medico di medicina generale, mi ha particolarmente interessato per la sua impostazione e per i suoi contenuti, l'audizione della Fimmg (*Medicinae Doctor* 2020; 8:7-8) sulla quale vorrei fare alcune considerazioni.

È di tutta evidenza come il discorso del sindacato audito dia l'impressione di aver principalmente voluto allontanare dalla mente degli "auditori", ove presente, l'idea del passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale (Mmg) che sempre più prepotentemente sta emergendo e viene auspicato da una crescente quota di colleghi (direi non più trascurabile da parte dei decisori ormai), come da parte di numerosi fra amministratori, sindacati, politici, *opinion leader*, stu-

diosi, tecnici e quant'altri.

L'idea aleggiava già da diversi anni in verità, ma la necessità di ristrutturare la medicina territoriale, anche dal punto di vista contrattuale, l'ha definitivamente messa in evidenza la pandemia da SARS-CoV-2 che ha slatentizzato i suoi gravi limiti in termini di requisiti organizzativi, strutturali (gli studi professionali), di governo, e pertanto funzionali, proprio a causa della natura del rapporto convenzionato che mal si coniuga con tali requisiti, convincendo così tutti i succitati addetti ai lavori della necessità ed indifferibilità di questo radicale cambiamento; mai come in questi ultimi mesi si erano alzate tante voci pro-dipendenza degli operatori delle cure primarie, Mmg *in primis*, sui diversi canali di informazione.

Mi sarei atteso che la relazione della Fimmg fondasse il suo intervento sull'analisi del cosa non ha funzionato nel corso della pandemia e che esprimesse la visione del sindacato relativamente al potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale "nell'epoca post-Covid" come richiesto dall'audizione, ma a questo tema sono state riservate solo alcune marginali considerazioni ponendo a tale proposito ulteriori quesiti piuttosto che suggerimenti o soluzioni.

► Riproposizione di vecchi modelli

Il corpo principale del discorso è stato invece incentrato sulla riproposizione di proposte/modelli "dell'epoca pre-Covid", quelli per la gestione delle cronicità in sostanza, che denotano il non aver preso atto delle criticità di fondo emerse nel sistema della medicina territoriale durante la pandemia Covid; pertanto un discorso finalizzato esclusivamente a mantenere e consolidare le posizioni acquisite con il modello convenzionale attuale che d'altra parte, datato ormai 40 anni, è il padre di tutte le criticità emerse.

Dal testo del documento non emerge purtroppo niente di nuovo per l'epoca post-Covid leggendosi di un modello basato sui soliti capisaldi di quel sindacato e su alcune "novità" che se mai fossero implementate sarebbero a mio parere peggiorative rispetto allo *status quo*.

Nell'insieme dei punti toccati ne avrei individuati alcuni sui quali vorrei singolarmente esporre il mio punto di vista: valutazioni demografiche, oro/geografiche e di insostenibilità economica, dotazione tecnologica, *microteam*, riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, scelta fiduciaria del cittadino,

armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i Mmg e quello dei Mmg, autonomia del Mmg, medicina generale e dipendenza pubblica.

► **Valutazioni demografiche, orogeografiche e di insostenibilità economica:** da una situazione che di fatto identifica il nostro territorio e la nostra popolazione da sempre, si fa derivare la necessità di rivisitare il Ssn tarando gli interventi sulla cronicità e passando dalla medicina d'attesa a quella di iniziativa; di fatto la riproposizione di una necessità nota da tempo e che tutti conosciamo benissimo. Quindi niente di nuovo da questo punto di vista. Ma quello che rappresenterebbe una novità, in negativo a mio parere, è che il 17% della popolazione italiana (poco più di 9 milioni) vive in paesi con meno di 5.000 abitanti sul 50% di tutta la superficie del territorio italiano, per non penalizzare questa parte della popolazione, si voglia organizzare un modello gestionale elementare adattato a tale realtà che debba poi essere "moltiplicato" per gestire la salute del "restante" 87% che vive in aree a più alta densità abitativa (poco più di 50 milioni)! Difficile anche solo pensare ad un modello così flessibile da poter essere adatto tanto al paesello di poche migliaia di abitanti quanto alla grande città metropolitana. Avrei trovato più logico partire da un modello gestionale per l'87% della popolazione (la massa critica) da adattare se possibile al 17% o, perché no, a due modelli diversi;

► **Dotazione tecnologica:** irrinunciabile secondo il relatore, "anche a proprio carico", affermazione alquanto sibillina che prelude ad ennesime iniquità fra colleghi, forse perché i 235 milioni di euro stanziati per tale destinazione d'uso si vanno già perdendo in tanti rivoli. Uno sguardo corto si fermerebbe alla grande op-

portunità data dall'attribuzione "statale" della dotazione tecnologica, ma guardando più in là, trattandosi di medici convenzionati, ben altre implicazioni comporterebbe tale attribuzione tra i medici assegnatari e quelli che dovranno acquistarla in proprio per essere competitivi, per non parlare della regolamentazione e controllo di tali prestazioni quali, immagino, ulteriori "prestazioni di particolare impegno professionale". Ben diverso sarebbe se l'investimento lo Stato lo facesse per se stesso ad uso da parte dei "propri" medici come avviene in quei paesi europei dove il Mmg è dipendente;

► **Microteam:** proposto come la svolta organizzativa epocale della medicina generale, trattasi invece di un modello vecchio perché già previsto dall'ormai antico ACN MG 2004-2005 all'art. 54, di cui non tutti i Mmg hanno potuto avvalersi per la mancanza di fondi il c.d. *microteam* si è distinto per gli enormi problemi organizzativi che ha determinato nella sua declinazione associativa. Infatti, mentre il *microteam* può essere senza alcun dubbio una buona soluzione per il Mmg che lavora da solo, o quello che lavora in forme associative non lo è altrettanto per quel Mmg che lavora e sempre più lavorerà in quelle forme associative complesse a sede unica quali le medicine di gruppo che sono invece quelle che dovrebbero prestare assistenza alla stragrande maggioranza dei cittadini.

Se è vero che il principio fondamentale delle forme associative, sancito nell'ACN all'art. 54, comma 4, lettera g) è che "[...] ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere [...] la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima [...]", se è anche vero che l'art. 54 comma 9 lettera "d" ammette "l'utilizzo da parte dei componenti il

gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno", è altresì vero che le norme di legge in materia di lavoro vietano che i dipendenti di un determinato datore di lavoro possano lavorare contestualmente per altri che non siano il proprio datore di lavoro. Inoltre è successo che in quei casi in cui il rapporto "datore di lavoro-proprio dipendente" sia stato interpretato rigidamente (secondo Legge quindi), si sono venute a creare dinamiche assolutamente incompatibili con la visione e missione della forma associativa. Quindi situazioni ad altissimo rischio per il medico "in gruppo" schiacciato "fra l'incudine e il martello": da un lato, il venir meno degli obblighi convenzionali nel caso del medico che non consenta al suo personale di lavorare anche per gli assistiti degli altri medici, dall'altro, ove il medico a suo rischio e pericolo condivida con i colleghi l'opera dei suoi dipendenti, la possibilità concreta di sanzioni da parte dell'Ispezzorato del Lavoro e/o di vertenze da parte del personale assunto da altri medici. Tali modalità, spesso diversamente interpretate anche all'interno di uno stesso gruppo, ne hanno determinato in molti casi lo scioglimento, in altri l'istaurarsi di contenzioso legale fra gli associati, in altri ancora condizioni umane e lavorative ai limiti della sopportazione. In molti casi si è cercata la soluzione costituendo società (coop in primis) che però non hanno certamente semplificato la vita dei medici.

Se per un attimo dimenticassimo tutti i paradossi, i rischi e le complicazioni appena descritte, cosa sarebbe più antieconomico per lo Stato, dotare ciascuno dei 40.000 Mmg convenzionati italiani di un infermiere e di un collaboratore di studio o il costo del personale nel modello della dipendenza che inve-

ce consentirebbe economie di scala che il *microteam* per tutti i Mmg convenzionati non consentirebbe di certo? E dove si troverebbero 40.000 infermieri per i *microteam* della medicina generale lì dove non se ne trovano già adesso, e in particolare non se ne trovano in ragione dei contratti che può offrire la medicina generale. Per tutto quanto descritto è evidente che il *microteam* non può funzionare.

► **Riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base:** nel ricordare che la quota capitaria, è la madre di tutti gli sprechi di denaro pubblico, perché mina alla base l'appropriatezza delle azioni e la funzione di *gate-keeping* del Mmg, ancora una volta si propongono meccanismi che continuerebbero, come succede per le indennità per il personale di studio, a perpetrare le iniquità fra i Mmg questa volta addirittura sulla quota capitaria. Non credo di poter essere smentito affermando che non c'è Mmg in Italia che non aborrisca il meccanismo della quota capitaria, figurarsi poi se incrementata da premialità collegate a obiettivi che una parte dei Mmg non potrà neanche realizzare perché non potrà essere messa nelle condizioni di realizzarne le premesse (le forme associative complesse e *microteam*);

► **Scelta fiduciaria del cittadino:** ormai un falso mito! Se è vero che il rapporto fra cittadino e Mmg inizia per scelta fiduciaria (ma non sempre, perché sono tanti altri i meccanismi che portano alla scelta di un medico e non tutti virtuosi!), è altrettanto vero, che complice la libertà del cittadino, forse tutta italiana, di cambiare un Mmg ogni mese senza neanche doverlo motivare, tale rapporto fiduciario è veramente fiduciario solo per una limitatissima percentuale di casi, assistendosi

ogni giorno a ricusazioni facili. Chi, Mmg, non può ricordare di essere stato oggetto inconsapevole di centinaia di ricusazioni inspiegabili?

Il rapporto di fiducia si genera fra le persone non certo grazie al rapporto di lavoro in convenzione piuttosto che di dipendenza. Ed a tale proposito, soccorre ancora il modello spagnolo, dove ancorché assegnati inizialmente d'ufficio ad un determinato medico del centro medico più vicino, i pazienti possono comunque successivamente cambiare medico se non soddisfatti, e solo dopo opportuna motivazione;

► **Armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i Mmg e quello dei Mmg:** Il solo pensare di dover far armonizzare diversi rapporti convenzionali fra di loro per far funzionare un sistema unico, mi induce perplessità se non preoccupazione. La condizione di libero professionista convenzionato e parasubordinato già costringe il Mmg ad una serie di difficili equilibri per poter lavorare in relativa tranquillità, figurarsi doversi interfacciare con altre figure a loro volta convenzionate.

► **Autonomia del Mmg:** nell'audizione il sindacato sostiene che l'autonomia del Mmg garantisce il rapporto fiduciario con il paziente e la personalizzazione delle cure quali elementi tipici della medicina generale, mentre la trasformazione del modello contrattuale porterebbe verso la standardizzazione delle cure. A mio parere ancora dei falsi miti. Ricordo che non ci si è potuti esimere da obblighi non contrattualizzati quando recentemente lo Stato ed alcuni sindacati (senza consultare la base) hanno dimostrato di poter modificare l'ACN "sic et simpliciter", per es. per inserire le nuove mansioni di cui tutti sappiamo. Quindi anche quello dell'autonomia appare una prerogativa superata.

► **Medicina generale e dipendenza pubblica:** l'audizione termina con alcune considerazioni finalizzate a ribadire la notoria contrarietà del sindacato all'ipotesi dipendenza per il Mmg, mettendo in guardia lo Stato sui limiti economici dell'operazione-dipendenza. Personalmente ritengo che debba essere preoccupazione dello Stato quella di decidere quale sia il miglior rapporto costo-beneficio per i cittadini, valutando per es. se riconvertire quelle strutture abbandonate di cui ogni comune italiano dispone e il cui stesso abbandono è di per sé un costo, per ospitarvi le Case della Salute con personale dipendente, piuttosto che avvalersi di un sistema di assistenza primaria allocato in studi inadatti spesso anche solo per l'attività ordinaria! Ma gli ammonimenti Fimmg si sono estesi anche ai limiti assistenziali del Mmg dipendente "... se si ipotizza un rapporto tra medici e pazienti di uno a 5-6 mila, con il cittadino che molto probabilmente dovrà fare molti più chilometri per trovare un medico, che non ha scelto, e tra questi i soggetti anziani e fragili che dovranno limitare i contatti con il medico delle cure primarie ...", visione soggettiva sia nell'ipotetico rapporto numerico che del probabile aumento delle distanze fra medico e pazienti. D'altra parte soccorre ancora il modello del Ssn pubblico spagnolo o anche portoghese, dove i Mmg sono dipendenti, per verificare quanto queste preoccupazioni siano senza alcun fondamento.

Antonio Infantino

Medico di Medicina Generale, Bari



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della lettera integrale