

Mmg&Farmacie, questa è la ricetta per una nuova medicina del territorio?

Una domanda legittima, visto che il nostro Paese e il suo Ssn necessiterebbero molto di più della semplicistica soluzione di un po' di strumentazione ai Mmg e di qualche altro servizio di farmacia, per la cui ideazione invero non servirebbe neanche una complessa struttura ministeriale

Antonio Infantino

Vice Presidente Area Gestionale SIICP, Medico di medicina generale, Casamassima (BA)

I tempi sono maturi per alcune riflessioni sulle strategie di riforma in tema di salute del nuovo governo, grazie alle prime dichiarazioni pubbliche dei suoi due principali attori, il Ministro della Salute **Orazio Schillaci** ed il Sottosegretario **Marcello Gemmato**. Partendo dalle farmacie 'dei servizi', per le quali risulta evidente l'attenzione del Sottosegretario, non si comprende cos'altro possano fare, oltre quanto già non facciano o abbiano fatto in periodo pandemico e come potranno interagire con la rete dei Mmg, secondo quanto affermato da Gemmato nell'ultimo congresso Simg a Firenze "(...) *mantenendo un ruolo distinto, distante, con delle professionalità mirate (...) senza sovrapposizioni*". I Mmg a loro volta dovrebbero fare 'il salto di qualità' nel modello *Mmg&Farmacie* che si delinea, più o meno allo stesso modo, dotandosi ad esempio della strumentazione diagnostica di primo livello, tante volte richiesta, per la quale, peraltro, sono stati stanziati, extra Pnrr, 235 milioni di euro nella legge di Bilancio 2020. Viene poi da chiedersi come gli esami diagnostici presso gli studi dei Mmg sa-

ranno remunerati: se saranno a carico dei cittadini sarà evidente la sovrapposizione e di conseguenza la concorrenza fra Mmg e farmacisti che tali prestazioni erogano a pagamento; se non lo saranno sarà altrettanto evidente che dette prestazioni non saranno erogate dalle farmacie. Insomma sarà interessante capire chi farà cosa, ma soprattutto in che maniera tale modello (che boccia le CdC), sarà portatore di "*idee innovative per far sì che il territorio possa farsi carico dei problemi che oggi finiscono negli ospedali creando tanti disservizi*" come ha affermato Schillaci. Tale modello sarebbe da preferirsi alle CdC secondo Gemmato, perché Mmg e farmacie "*già strutturati sul territorio e disponibili nell'articolazione complessa del Ssn*", renderebbero le CdC dei duplicati.

► Servono due modelli

Tre sono state le criticità inerenti alle CdC segnalate dal Sottosegretario:

- 1 la carenza di personale per renderle operative;
- 2 l'eccessiva dispersione sul territorio (1 CdC ogni 40-45.000 abitanti) con la conseguente diffi-

coltà del Mmg dei comuni montani di coprire studi diffusi nelle valli e CdC allo stesso tempo;

3 la mancanza di fondi strutturali per la loro gestione ordinaria nel tempo.

Ritorna quindi, tra le ragioni della bocciatura delle CdC, le motivazioni demo/oro/geo/grafiche già evidenziate in precedenza dalla Fimmg in un'audizione del 2020 alla Commissione Igiene e Sanità del Senato. Un mantra che si ripete su cui sono stati espressi dei pareri contrari. In precedenza, al riguardo, si è evidenziato che se è vero che l'insieme dei comuni montani/pedemontani rappresenta circa il 52% degli 8.101 comuni italiani è anche vero che l'importanza della montagna si sostanzia prevalentemente in termini di estensione territoriale e assai meno in termini di popolazione. Suona quindi piuttosto pretestuoso bocciare il progetto delle CdC sulla base di scenari che riguardano non più di 10 milioni di cittadini, privando la massa critica degli altri 50 milioni di un innovativo cambio di paradigma. A tale riguardo sarebbe più appropriato adottare due modelli diversi, mantenendo il modello *Mmg&Farmacie*

solo per quelle realtà dove non è possibile strutturare il modello "Case della Comunità".

► Criticità e opportunità

Resta il fatto che, se si dovesse affrontare un'altra emergenza pandemica o altro disastro, gli studi dei Mmg risulterebbero ancora una volta inadeguati. Mi chiedo se il Ministro della Salute ed il Sottosegretario conoscano la realtà degli studi dei Mmg che, grazie ai ridicoli standard minimi richiesti dall'ACN (art. 35 comma 2 e 3) possono essere costituiti solo da due stanze con bagno e addirittura essere inseriti in appartamenti di civile abitazione? Studi siffatti si possono considerare presidi del Ssn? Per definizione sì, nel concreto no. Sarebbe quindi un grave errore puntare sui professionisti, senza farlo contestualmente anche sulle strutture, e pertanto non sviluppare, correggendolo, il modello delle CdC.

► Ciò che ignoriamo

A tale riguardo è il caso si ricordare che in Italia esistono già almeno 490 Case della Salute realizzate sulla base del DM 10/07/2007 dell'ex Ministro alla Salute **Livia Turco**, CdS che hanno le stesse identiche caratteristiche delle CdC, da cui differiscono solo nel nome, che andrebbero considerate nella progettualità generale. Se andassimo a sommare le 1.350 CdC alle 490 CdS otterremmo infatti 1.840 'Case' che porterebbero ad una 'Casa' ogni 32.000 abitanti, considerando una popolazione totale di 59 milioni. È necessario comunque rivedere le CdC come declinate nel DM77, in area vasta e con Mmg di zone limitrofe in continuo avvicendamento, così sono effettivamente inutili. Sarebbero invece necessarie CdC realmente prossime ai pazienti e ai loro

medici da realizzare nei rispettivi comuni di residenza, attingendo a tutte le risorse possibili anche extra Pnrr, inserendole a pieno titolo fra le opere di urbanizzazione secondarie, in un programma pluriennale di realizzazione (10-15 anni). Solo in questo modo si avvierebbe un vero processo di riforma e riorganizzazione. A titolo esemplificativo, se ognuna delle 1.840 CdC ospitasse un solo modulo costituito da 10 Mmg/15.000 pazienti, in pochi anni, il 55% della popolazione italiana non residente in aree montane potrebbe essere assistita in tali strutture. Strutture pubbliche in cui trasferire tutti quei Mmg interessati a tale opportunità e tutti quei colleghi che nell'arco di un periodo di tempo loro concesso non possano adeguare i loro studi a nuovi standard. In tale chiave di lettura potrebbe essere semplice ed utile commissionare alle Asl una ricognizione attuale sulla composizione strutturale e sulla ubicazione degli studi dei Mmg.

Le CdC di prossimità, fino agli eventuali ambulatori di comunità dei piccoli comuni montani, comincerebbero così a popolarsi di Mmg 'stanziali'. Così facendo potrebbero coesistere CdC di diverse dimensioni e studi dei Mmg che rispondano ai nuovi standard strutturali/organizzativi.

► La carenza di Mmg

Certo questo potrebbe ancora non bastare, data la carenza di Mmg sempre maggiore che si prospetta, ed allora andrebbe considerato, almeno per quei Mmg occupati nelle CdC, il passaggio dal concetto di 'medico di famiglia' a quello di 'medico di comunità', attuando quelle economie di scala che il modello *Mmg&Farmacie* non consentirebbe.

A tale riguardo una considerazione

va fatta sulla questione del rapporto di lavoro dei Mmg, convenzionato o dipendente, emersa negli ultimi anni. Nulla vieta che entrambe le possibilità possano coesistere così come avviene in molti Paesi dell'area europea con prevalenza dell'uno o dell'altro a seconda dei casi. Un rapporto di lavoro dipendente si potrebbe offrire anche in Italia ai non pochi Mmg che lo desiderano, cosa che darebbe maggiori certezze sulla realizzazione del modello CdC con una funzione di *gatekeeping* più efficace sia in termini di percorsi diagnostico-terapeutici sia di economie possibili e di *governance* del sistema territoriale anche nel caso di disastri sanitari.

► Delusi e preoccupati

In conclusione, non si può nascondere la delusione ed allo stesso tempo la preoccupazione di tanti per la mancanza di un vero progetto di riforma della medicina territoriale per quello che finora è dato di vedere. Dopo 45 anni dalla L. 833 e dopo gli insegnamenti della pandemia, il nostro Paese ed il suo Ssn necessiterebbe molto di più della semplicistica soluzione di un po' di strumentazione ai Mmg e di qualche altro servizio di farmacia per la cui ideazione invero non sarebbe neanche necessaria una complessa struttura ministeriale (la montagna avrebbe partorito un topolino!).

È indispensabile piuttosto un progetto coraggioso, impermeabile a condizionamenti di parte, ben disegnato nella sua architettura generale, ma avviato oggi con le risorse disponibili a partire dalle aree a maggior densità di popolazione per essere completato via via negli anni a venire. Credo sia un nostro diritto pretenderlo!