

Medicina Generale: indietro tutta?

In questi ultimi vent'anni il modo di lavorare del medico di medicina generale si è fortemente evoluto. Nel sistema sanitario stiamo assistendo ad un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale: il territorio è diventato realmente lo scenario fondamentale nei passaggi di presa in carico dei pazienti. Proprio per questo motivo abbiamo bisogno di semplificare i processi di gestione. Quindi, rivedete il nostro vecchio ambulatorio, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Emilia Romagna Sindacato medici italiani - Coordinatore nazionale dei Segretari Regionali Smi

Il territorio è diventato sempre più lo scenario fondamentale dei passaggi di presa in carico dei pazienti con compiti sempre più gravosi e complessi per i medici delle cure primarie, Mmg in testa. Nel frattempo la domanda di salute e le malattie croniche sono aumentate mentre sono significativamente diminuite le risorse destinate alla sanità e in modo particolare alla medicina territoriale. Le risposte gestionali per poter fronteggiare con 'efficacia ed efficienza' e pochi soldi questo nuovo scenario si sono affollate negli anni, trovando poi spazio nei rinnovi convenzionali: équipe territoriali, associazionismo, medicina di gruppo, medicina in rete, coop mediche, ecc. fino ad arrivare alla declinazione della riforma Balduzzi. Ma quello di cui avremmo bisogno in questo *mare magnum* di alternative "gestionali" per la presa in carico delle cronicità è semplificarne i processi e lasciare che il Mmg non perda il suo ruolo fondamentale di porta d'accesso al Ssn quale referente di fiducia.

Medicina Generale è stata viziata dalla *strategia dell'incentivazione*, ovvero si è mirato ad incentivare il medico di medicina generale in relazione a progetti specifici che lo hanno portato ad una accresciuta mole di lavoro. Il meccanismo, sebbene partito con la migliore delle intenzioni - miglioramento dell'assistenza attraverso una serie di progetti peculiari, per cui l'azienda incentivava i medici che si impegnavano negli obiettivi consensualmente fissati - è impleso in sé stesso. Infatti il sistema ha mostrato una serie di limiti (carichi di lavoro a parte) con il risultato che, invece di portare il livello di assistenza al livello ottimale, di fatto, si è frammentato il sistema offrendo differenti livelli di assistenza, che si basano sull'adesione dei medici ai diversi progetti con l'esito che, alla fine, l'assistenza erogata non è comunque mai ed assolutamente uniforme.

► Il nostro "sisma quotidiano"

Purtroppo noi, che lavoriamo sul territorio come Mmg, vediamo come, ogni giorno, il medico sostenga la battaglia quotidiana della respon-

sabilità del confronto diretto con il paziente che attualmente sarebbe più idoneo definire "paziente sociale" 'assetato di sanità' e che spesso non comprende la restrizione normativa in cui, a volte, è costretto ad operare il 'dottore' dove il sistema tende a responsabilizzare il medico, in relazione ai compiti di committenza condivisi dalla nostra figura professionale. Grazie a questo è proprio il Mmg che rischia di apparire al cittadino come il 'giudice' della concessione della risorsa stessa: in realtà la comprensione della qualità di una evoluzione sanitaria, da parte del cittadino medio, sembra piuttosto condizionata da situazioni molto più pratiche tipo l'entità dei ticket, le liste d'attesa ecc. Quindi con l'intenzione di alzare il livello dell'assistenza, da quella essenziale a quella ottimale, nella ricerca dell'*optimum*, ovvero la '*personalizzata*', si corre il rischio di cadere in quella superflua. Inoltre l'evoluzione della medicina territoriale rischia tuttora di danneggiare quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia e l'accettazione della stessa, esistente tra il medico ed il 'suo' paziente oppure, se vogliamo invertire i termini, tra il cittadino ed il 'suo' medico.

► La deriva dell'incentivazione

La politica della contrattazione dell'organizzazione del lavoro nella

► Cercasi manager

La generazione dell'attuale dirigenza sanitaria in maggior parte e per motivi anagrafici non è stata formata 'nativamente' come manageriale ma, come si direbbe in informatica, è stata *updated*, cioè aggiornata ad una versione più recente in corso d'opera. In definitiva le figure capaci lo sono indipendentemente da presunte formazioni manageriali. Questa carenza di formazione strutturata e specifica è stata ammessa anche dalla FIASO che in un recente passato ha rispolverato i ruoli dei *curricula* come garanzia di qualità.

► Medicine di gruppo e CdS

Anche l'associazionismo medico ha conosciuto una spinta contrattuale per cui, nel tentativo di abbattere spese sempre maggiori, i medici di famiglia si sono sempre di più aggregati in ambulatori comuni allentando la rete dei presidi territoriali che i vecchi studi assicuravano. La medicina di gruppo ha quindi conosciuto una stagione di espansione importante con la creazione di molti ambulatori in cui essendo presenti più medici (aggregazione monoprofessionale), che si rendevano disponibili anche ai pazienti degli altri colleghi del gruppo, si poteva arrivare a garantire (almeno teoricamente) una risposta ai bisogni assistenziali ambulatoriali nell'arco delle dodici ore canoniche dell'attività diurna. Con la Balduzzi, che rimane, la normativa di riferimento, di fatto veniva poi posto un obiettivo di risparmio territoriale basato sulla riduzione delle risorse e delle incentivazioni: tutto quello di cui si avrebbe avuto bisogno per rispondere all'aumentata domanda di salute e di cura delle cronicità andava fatto ma a "ipo-risorse" e fino al

2018 la situazione non cambierà. Pensiamo alle Case della Salute: considerando che abbiamo allo stato attuale, ad esempio in Emilia Romagna, un quarto della popolazione regionale sopra i 75 anni, fascia d'età in cui molti soggetti manifestano difficoltà di spostamento se non di deambulazione e in cui un grande numero è costituito da figure fragili (cronici ed alettati), è ovvio che questa utenza si sentirà sempre più discriminata anche dagli acciacchi dell'età, di non potere usufruire dei servizi di prossimità: tanto per intenderci dei vecchi medici di famiglia accessibili nell'ambulatorio sotto casa.

► Cooperative mediche: modello a fine corsa

All'aumento del lavoro sanitario è corrisposto un aumento del lavoro "burocratico" a cui si è tentato di dare risposta con l'assunzione di personale. Le forme associative comportano ormai alti costi di gestione, ma soprattutto anche tempi adeguati ad una tale complessa gestione che portano via ulteriore tempo al medico e sono fonte di enorme preoccupazione. Il tempo dedicato all'attività gestionale e organizzativa si ripercuote su quello dedicato al paziente e sugli stessi orari di lavoro del medico. Tutto ciò ha contribuito a generare un bisogno di servizi che una volta non esisteva. Il modello cooperativistico medico rimasto così come proposto negli anni novanta ha mostrato tutta la sua obsolescenza perché non è riuscito ad adattarsi alle esigenze dei medici stessi. Quota di ingresso, tempo da dedicare ad assemblee ed al resto dell'attività organizzativo-gestionale, unitamente al fatto che queste cooperative non hanno mai offerto servizi realmente competitivi dal punto di vista economico e che non

hanno dato vita a reali economie di scala, hanno reso inutili tali forme gestionali. Il bisogno di dare un punto di riferimento, e la voglia di alcuni medici di diventare *business-men* ha prevalso sul servizio. Il modello che, allo stato attuale delle esigenze, mi appare più appropriato è quello dell'*agenzia dei servizi* intesa nel senso più semantico del termine: ovvero come società o impresa per l'intermediazione e per l'erogazione e la fornitura di servizi ai colleghi. Questa organizzazione appare molto più competitiva perché non necessita di quote di ingresso, proporrebbe un intero pacchetto di servizi essenziali, secondari, accessori e gestionali *organizzati in un catalogo* di facile ed agevole consultazione che permetta comunque un'offerta altamente competitiva in termini di rapporto prezzo e qualità i cui i cui articoli sarebbero acquistabili secondo le varie e diverse esigenze. L'agenzia, che potrebbe essere anche la stessa Asl, si potrebbe occupare di rendere fruibili: struttura, impiantistica, servizi essenziali, servizi informatizzazione/telefonia e linee dedicate, smaltimento rifiuti e farmaci, sicurezza, pulizia, manutenzione, personale di studio ed infermieristico, mezzi di trasporto, eventualmente anche servizi domiciliari ad anziani e figure fragili, assistenza alla persona e tutta la gestione di tali aspetti. Questo progetto potrebbe anche perfezionarsi in *partnership* con strutture che già lavorano con il Ssn. Il progetto essendo una necessità e rappresentando un'area di bisogni molto sentita dai medici ed essendo anche di stretta attualità temporale avrebbe basso rischio d'impresa. Conclusione: fermate il mondo vogliamo scendere ridateci il nostro vecchio ambulatorio, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune e vi solleviamo il Ssn.