Nuova gestione cronici in Lombardia. Mmg da pilastro del Ssn a suo distruttore?

L'adesione alla riforma porta con sé la convinzione che questa sia una strada obbligata per la sostenibilità della sanità pubblica, invece rappresenta già uno step verso il privato

Maurizio Bardi - *Medicina Generale, Milano - Medicina Democratica*

Non mi dilungo sull'importanza di una figura, quella del medico di medicina generale (Mmg), che conosce i propri assistiti, le loro storie sociali, familiari, lavorative e che è chiamata a riconoscere le emergenze, le urgenze, a capire quali sintomi vadano indagati e con quali tempi, che sappia fare prevenzione e abbia un occhio di riguardo alla salvaguardia delle risorse pubbliche. Partendo dalla riforma lombarda, sulla gestione delle cronicità, provo a spiegare perché, secondo me, proprio noi potremmo affossar la riforma sanitaria del '78 e i suoi principi. Vorrei inizialmente e rapidamente sottolineare tre punti riguardo la filosofia di fondo che permea la nuova presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia:

1. Il miglioramento della salute dei cittadini non sembra essere una finalità perseguita, di salute nel testo della riforma non si parla praticamente mai.

2. Molti indizi portano a pensare che sia nata per favorire il grande capitale finanziario, già presente o in arrivo nel mondo della sanità lombarda.

3. Inserendo la figura del gestore, che è sempre un soggetto privato, viene meno il ruolo della pubblica amministrazione. Asl, Ats, Regione, Stato non saranno più tenute a tutelare la salute dei propri cittadini più fragili, delegando questo compito a soggetti privati.

Questo passaggio, che avverrà attraverso un contratto di tipo assicurativo, è un salto di paradigma senza precedenti: non più esigibilità dei diritti, ma contrattazione privata. Ma, al momento, questo piano ha trovato parecchie resistenze.

Ci sono volute ben 6 delibere *ad hoc*, (l'ultima è datata 5 novembre DGR n. 754 *ndr*). Insomma un po' di modifiche in corso d'opera che hanno portato a dei risultati francamente imbarazzanti: gli ultimi dati ufficiali, prima dell'estate, mostravano un'adesione dei medici inferiore al 50% e dei pazienti inferiore al 10%. Tutto ciò, purtroppo, non ha costituito motivo sufficiente per un ritiro delle delibere, l'assessore alla sanità, **Giulio Gallera**, davanti all'impasse evidente ha dichiarato che ci vorranno 5 anni per andare a regime e quindi si va avanti. Due sono già passati.

Cosa è successo?

Quali sono stati i motivi di tanta resistenza? Prima di tutto il fatto che gli assistiti hanno poco compreso quello che gli veniva proposto: la lettera spedita dalla Regione alla vigilia delle elezioni regionali era piuttosto nebulosa. Di fatto i cittadini non se la sono sentita di affidare la gestione della propria salute a strutture sanitarie con una organizzazione rigida come gli ospedali e hanno, con le loro scelte, ribadito di fidarsi del proprio medico di medicina generale (Mmg). Nel bene e nel male. Quindi una volta che i decisori politici hanno appurato che il ruolo degli ospedali è destinato, almeno per il momento, a rimanere marginale, la palla è tornata ai Mmg. Fino ad oggi la scelta dei medici è stata fondamentalmente fatta sulla base dell'adesione o meno a una cooperativa di medici. Chi ne faceva parte ha aderito, chi non ne faceva parte non ha aderito alla proposta regionale. In sintesi, sono le coop mediche che stanno evitando l'affossamento definitivo della riforma regionale.

La mutazione genetica delle Coop mediche

Cerco di chiarire. Per delineare il profilo delle Coop mediche, è necessario partire dal *comma 3* dall'art. 54 dell'Acn (2005) che disciplina le attività dei Mmg nell'ambito delle forme associative che sono distinte in:

a. forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

b. forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei co-

muni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.
Nel *comma 16* si specifica: *"Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e Aziendali (…)".*

Una promiscuità inopportuna

La maggior parte delle cooperative mediche fa capo a uno dei maggiori sindacati di categoria che ai tavoli delle trattative regionali non può non far valere tale mandato, favorendo le coop li dove c'è la possibilità di farlo. Non è fuori dalla realtà il fatto che esponenti sindacali di primo piano, soci di cooperative, vadano a trattare al tavolo regionale e nello stesso tempo ricoprano incarichi di rilievo all'interno di società private che forniscono supporto e servizi alle stesse cooperative. Senza scomodare il conflitto di interesse, si potrebbe però ragionare sull'opportunità di questa promiscuità.
Secondo il dettato convenzionale le coop non dovrebbero avere i requisiti per prendere accordi con i pazienti né tanto meno per gestire le loro patologie: sono società costituite da medici che offrono servizi ai medici: servizi sin qui volti a far risparmiare il carico burocratico e anche economico nella conduzione di uno studio medico. Servizi assolutamente lodevoli e condivisibili. Questa cosa per cui le cooperative diventano gestori rappresenta una mutazione genetica: sono infatti le cooperative, intestatarie del patto di cura, che emetteranno fattura all'Ats. Il ruolo del Mmg rimane quello del *clinical manager*, che al di là dell'inglesismo e dell'enfasi che si vuol dare a questa definizione è né più né meno quello che ha sempre fatto: curare la persone.

Un salto di paradigma

Questa mutazione è a mio avviso pericolosa perché, come già sottolineato, segna il salto di paradigma da un servizio sanitario pubblico a un contratto di tipo assicurativo su base privata e presuppone l'accettazione di un vincolo economico tra medico e coop. Infatti stiamo assistendo a un arruolamento attivo, se così vogliamo dire, da parte dei Mmg dei propri assistiti con patologie croniche: se le buone sorti della cooperativa e il riconoscimento economico per la compilazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) dipendono dal numero di arruolati, non ci meravigliamo che ai pazienti sia chiesto, senza tante spiegazioni, e addirittura siano convocati apposta, di firmare un patto di cura senza neanche dire prima quali saranno le prestazioni a cui avrà diritto e come funzionerà tutto il sistema. A me e ai miei colleghi di studio non più del 10-15% degli assistiti con patologie croniche è venuto a chiedere informazioni e proprio nessuno è venuto a dirmi espressamente di volersi affidare a un gestore.
Un medico di medicina generale che aderisce può avere quindi un tornaconto economico (modesto, ma non trascurabile), di condivisione ideologica forse, forse come succede a quelli più realisti del re è persino convinto che così facendo si possa salvare la sanità pubblica, senza rendersi conto che questa operazione è già un passaggio al privato. Io credo che l'adesione releghi i medici in un piano di subalternità. A tempi medio lunghi saranno le cooperative a dettare le regole della presa in carico e laddove non saranno abbastanza forti cederanno il loro ruolo (e con esso i loro medici e i "loro" assistiti) a strutture sanitarie più grandi e attrezzate.
Sono loro che, d'accordo coi propri assistiti unici decisori finali, possono provare a tenere in vita una riforma nata male e proseguita peggio.
Recentemente anche il sindacato dei Mmg che maggiormente si è opposto alla riforma e che guida alcuni Ordini dei Medici lombardi, tra i quali quello di Milano, sembra voler trovare un accordo con la Regione. Il 5 novembre, infatti, la Regione ha approvato la DGR n. 754 che recepisce l'intesa, tra Assessorato e Ordini dei medici della Lombardia, di modifica della normativa per la Presa in Carico dei cronici. Intesa in cui si prevede che dal 2019 anche il Mmg non aderente ad una Cooperativa potrà redigere il PAI in qualità di *clinical manager* dell'assistito, salvo pazienti affetti da malattie rare o particolarmente complesse che saranno "condivisi" con lo specialista.
Che fare? in attesa della sentenza del TAR e che tra i medici si apra una discussione franca, che sappia andare al di là delle diverse posizioni sindacali, bisogna continuare a parlare con i portatori di patologie croniche. Loro non hanno veramente nessun tornaconto ad affidarsi a un gestore, devono dire al loro medico che confermano la stima e la fiducia e vogliono continuare ad essere assistiti come lo sono sempre stati senza vincoli di mandato e senza firmare nulla.

Sintesi della relazione presentata al convegno: *Campane a morto per il Servizio Sanitario Nazionale? Perché conviene alla nostra salute e alle nostre tasche difendere la sanità pubblica.* Milano 27 ottobre 2018