

Una svolta epocale piena di riserve

Il progetto di ammodernamento del sistema sanitario, su cui è focalizzata l'attenzione di tutti, pone una serie di interrogativi e incertezze che contraddistinguono il dibattito tra i medici, soprattutto tra i medici di famiglia, protagonisti di un cambiamento dai risvolti ancora troppo oscuri.

Nuovi cambiamenti epocali, secondo quanto si legge sui giornali di settore e non, si prospettano a breve per la medicina di famiglia e la sua organizzazione. Negli anni il profilo dei medici è comunque cambiato considerevolmente.

Inizialmente esistevano i medici condotti, i quali assicurarono un prezioso e insostituibile servizio medico soprattutto nelle aree rurali e quelle più disagiate.

Arrivarono poi i "medici della mutua" con la famigerata (ma poi non così malvagia) INAM che sopravvisse fino al 1978, quando subentrò la SAUB (già l'acrostico prometteva male) e il medico si trasformò in "medico di base", pur difendendo duramente il concetto di "medico di fiducia".

Dal 1978 vi furono almeno due cambi concettuali della figura medica: da una parte si volle ideare una sorta di "libero-professionalità limitata", dall'altra le nascenti Ussl, Asl ecc. iniziarono a porre dei limiti all'azione stessa del medico (un esempio, l'introduzione delle note prima CUF ora AIFA).

In un tempo successivo si iniziò a remunerare il medico non già per le prestazioni cliniche, ma per il rispetto (sovente formale) di iniziative o l'adesione a "progetti" che sarebbero apparsi ridicoli, se non avessero avuto un *fil rouge* comune, cioè deviare l'interesse dalla clinica ad altre attività (sperimentazioni), nobili se fossero state svolte con serietà scientifica, purtroppo quasi sempre assente.

In questo periodo l'attività sindacale si è contraddistinta sostanzialmente per due posizioni: l'apertura

ra alla possibilità di maggiori guadagni, aderendo a tutto ciò che veniva elaborato dall'ente pubblico, non preoccupandosi fino in fondo di capirne i motivi e le finalità intrinseche. Oppure la chiusura sovente a riccio, attraverso la difesa di antiche posizioni (soprattutto economiche) raggiunte nei tempi gloriosi.

■ La terza fase

Attualmente siamo in quella che si potrebbe definire una terza fase, nella quale il ministero della Salute ha svelato il pensiero finora nascosto: la medicina basata sul rapporto di fiducia biunivoco deve lasciare il posto a un servizio ampio e complesso, una serie di strutture che vedano medici, infermieri, tecnici e amministrativi uniti per erogare salute.

È bene osservare possibili pregi e difetti di questa scelta. Soffermandoci sui possibili pregi si potrebbe affermare che:

- viene proclamata come necessaria l'apertura per 24 ore della medicina sul territorio;
- la struttura che si vuole realizzare è complessa, presenta numerose professionalità, è in grado di svolgere sia uno screening (sub)specialistico di primo livello, sia un servizio sul territorio, sia e soprattutto un'attività di primo soccorso;
- la strutturazione è gerarchica, con un dirigente assimilabile a una figura ospedaliera apicale;
- il lavoro dei medici è su base oraria ma anche su base contrattuale libero-professionale;
- sono previsti anche specialisti all'interno di tali strutture.

■ I dubbi e i quesiti

Ma è altrettanto legittimo chiedersi quali vantaggi dà effettivamente l'apertura per 24 ore di tutte le strutture mediche di base, se non la loro trasformazione in effettivi centri di pronto soccorso.

Dubbi si pongono sull'efficienza di simili strutture, visto anche l'incremento di personale burocratico per la gestione. Ma anche su chi ne sarà il vero titolare, su chi ne individuerà le figure apicali e su che fine farà il rapporto di fiducia tra medico e paziente.

I criteri economici di tali strutture non sono marginali: sono (piccole) aziende e devono rendere.

Inoltre è legittimo chiedersi come può essere giuridicamente accettabile che il medico libero-professionista (seppure limitato da rapporti di para-subordinazione) svolga un lavoro sicuramente configurabile come di tipo dipendente, ma anche quale tutela avranno e che fine faranno quei Mmg che svolgono attività convenzionale come "single" da decenni.

Se all'interno di tali strutture poi si può svolgere anche attività specialistica c'è il rischio che si verifichi una possibile autoprescrizione in-dotta.

■ Mancanza di chiarezza

A tali criticità si aggiunge un'irritante annosa mancanza di chiarezza da parte dell'ente pubblico sul suo reale obiettivo, sottaciuto, mascherato con finti incentivi poi prontamente eliminati (leggi l'associazionismo), a cui va unito un profondo risentimento verso i vertici di alcuni sindacati (Fimmg e Federazione Medici, ora SMI *in primis*, ma anche Cgil medici) che non hanno voluto vedere tali obiettivi oppure li hanno visti, ma li hanno sottaciuti. Le mie critiche sono rivolte anche al sindacato Snam, apparso per molti anni co-

me mero *laudator temporis acti* a cui però va dato atto di aver sostenuto con trasparenza un'immagine di medico di fiducia molto chiara. Forse la disunione sindacale in sede di trattative e la mancata discussione preventiva ha contribuito in modo non marginale al deterioramento attuale di tutta la categoria.

■ I medici provider

La pretesa razionalità economica del progetto ministeriale è poi tutta da dimostrare, perché si instaurerebbe una struttura sanitaria nazionale in cui: il ministero stanziava i fondi, questi sono ripartiti fra le Regioni, che li assegnano alle Asl che li trasmettono ai Distretti che hanno ruolo di pianificazione strategica e di pagatori.

All'interno dei distretti si attuano le strutture complesse di medicina territoriale, che hanno funzioni di acquirenti.

Ne consegue che i medici e gli altri operatori sanitari di tali strutture si configurerebbero quali "provider", cioè erogatori, soprattutto i medici di famiglia, i quali saranno pagati a quota capitaria corretta (come non si sa), ma solo se lavorano con "forme di aggregazione di medici".

Gli specialisti sarebbero infine il penultimo anello di questa catena mentre le strutture di ricovero e cura continuerebbero a svolgere la loro attività all'apice del sistema e a essere i principali induttori di spesa. Gli ipotetici profili professionali, derivanti dal progetto di ammodernamento del Ssn (*M.D.* 2007; 34:6) contemplerebbero una serie di livelli dirigenziali per medici che sostanzialmente non lavorano sul territorio come tali, ma coordinano, sono referenti, responsabili. Non va dimenticato che tale ammodernamento prende spunto da alcune (isolate) esperienze straniere, le quali sollevano dubbi di funzionalità e tendono in effetti ad autolimitarsi: ci si riferisce a esperienze catalane e svedesi. In quest'ultimo caso i medici sono solo

dipendenti, ma la loro attività è ritenuta dagli stessi come insoddisfacente sotto il profilo economico e lavorativo.

Nell'ipotesi italiana non si comprende con quale veste giuridica i medici saranno inquadrati, né come vi transitino i medici che ormai lavorano da lustri con ben diversa organizzazione. L'ipotesi che siano "gettati fuori" dalla convenzione non è irrealistica, tenuto conto dell'art. 30 dell'ACN ancora in vigore.

■ Opinioni differenti

Ma non tutti i colleghi mostrano le mie riserve sulle nuove strutture complesse della medicina territoriale anzi. Un esempio calzante sono le dichiarazioni di Sergio Bernabé e Massimo Tombesi apparse in un articolo di *M.D.* (2007; 35: 8-9).

In particolare credo che alcune posizioni siano state espresse per chiarire i motivi che hanno indotto questi colleghi alla creazione di forme di associazionismo e medicina di gruppo complesse (dando vita alla costituzione della prima UMG), finalizzate - come da loro dichiarato - alla gestione delle "cronicità e del rischio che richiedono risposte fatte emergere dalla massa non organizzabile di domanda spontanea presente" ma riconoscono l'estrema complessità giuridica e fiscale di tali strutture. Riflettendo sulle idee espresse dai colleghi ho percepito che la creazione delle UMG, UTAP o altro, richiede e si fonda su una forte adesione ideologica dei medici partecipanti a precise linee culturali: qui è racchiusa la loro forza, ma anche la loro debolezza.

In questo campo esistono però *tot capita tot sententiae*. A confermarlo è l'articolo di dura critica al nuovo corso che si vuole dare alla MG, apparso sullo stesso numero di *M.D.* a firma del collega Filippo Zizzo (2007; 35:14).

Ma è tempo, forse, di capire qual è il reale bisogno di salute del paziente, senza crearlo nel chiuso di uffici lontani dalle persone, sia da

parte di medici sia dei politici. Ritengo che la scelta di un nuovo sistema debba essere sottoposta a consultazione da parte dei colleghi con un'ampia discussione preliminare e che il transito verso nuove modalità di lavoro sia fatto nella chiarezza e col rispetto delle professionalità.

■ Una proposta

In realtà una risposta forse ci sarebbe, capace di contemplare e rispettare le varie esigenze, ed è basata sulla modularità e sulla sperimentazione.

In pratica sarebbe necessario prevedere più soluzioni nelle varie realtà territoriali (città, provincia, montagna e isole hanno esigenze ben diverse), salvaguardando diritti acquisiti e consuetudini diffuse, per verificare l'effettiva necessità della popolazione.

Sarebbe quindi opportuno per esempio:

- Istituire, una per distretto, delle CdS pianificate col compito di rispondere a esigenze territoriali (guardie, servizi domiciliari infermieristici, assistenziali e sanitari, magari con un pronto soccorso) cui aderiscano volontariamente dei medici di famiglia e magari dei pediatri di libera scelta (che peraltro sembrano, giustamente, rifiutare tale schema).
- Migliorare l'associazionismo, che attualmente vede un'assurda rigidità burocratica (la creazione o la modifica di un'associazione incontra vincoli e ostacoli artificiosi).
- Remunerare la qualità della prestazione clinica e sanitaria e studiare elementi di reale risparmio, ricordando che in Italia non si spende troppo, si spende male.
- Comprendere qual è la reale esigenza dei pazienti, senza improbabili fughe in avanti, e trovare risposte rispettose sia della professionalità dei medici, Mmg in testa, sia della scelta fatta da questi magari molto tempo addietro, sia del bisogno di salute.