

Competizione territoriale tra ospedale e medicina di primo livello

Tra le varie insidie che minacciano un corretto sviluppo delle cure primarie sul territorio non bisogna sottovalutare quella che potrebbe venire dalla medicina di secondo livello stretta tra la morsa della scarsità di risorse e l'invecchiamento della popolazione. Un monito recentemente lanciato a Verona dallo Csermeg nel corso del seminario "Cosa stiamo facendo? Visibilità, indicatori e bilanci della medicina generale nelle cure primarie".

L'ospedale rischia di "mangiarsi" letteralmente il territorio rendendolo sempre più simile a una corsia? Il pericolo è molto concreto: colpa delle ristrettezze di bilancio e dell'invecchiamento della popolazione che chiede, nonostante tutto, posti letto, mentre l'ospedale continua a perderne. Questo segnale di attenzione lo ha lanciato lo Csermeg, il Centro studi e ricerche in medicina generale, nel seminario "Cosa stiamo facendo? Visibilità, indicatori e bilanci della medicina generale nelle cure primarie", tenutosi a Costermano (Verona). Gli studiosi sono partiti dalla recente "Dichiarazione di Bologna", atto finale della prima Conferenza sulle cure primarie. Tale documento al punto 7 afferma che "l'organizzazione dei sistemi di assistenza primaria deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute". Ma non basta: al punto 8 infatti aggiunge che i servizi sul territorio "(...) devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo l'approccio tipico della medicina di iniziativa".

■ Cambiamento radicale

Queste richieste implicano una radicale trasformazione organizzativa della medicina generale e le impongono un debito informativo e formativo consistente. Se non si ha cura di favo-

rire un suo robusto sviluppo multiprofessionale capace di programmare e produrre bilanci di processo, di esito e di costi, si corre il rischio che nel territorio penetrino reti di servizi sanitari anche informativi di tipo esclusivamente verticale (la rete Tao, diabete, oncologia, ecc.), favorendo così l'ospedalizzazione del territorio con i pro e contro che ne possono derivare. I pro di un'offerta di servizi ben orientati e con rigidi criteri di inclusione sono visibilissimi nelle eccellenze puntiformi raggiunte da quei reparti con ultraspecializzazione monopatologica su pazienti selezionati già prima del loro arrivo in reparto grazie al processo di strutturazione della storia dell'infermità/patologia durante il viaggio attraverso i diversi servizi.

■ Rischio di esclusione

Che cosa c'è che non va in questa scelta lo esplicita la stessa definizione di "Cure primarie", secondo cui almeno nei primi contatti che offre non vi può essere alcun criterio di esclusione. È addirittura considerata eccellenza in tale ambito che tutti i possibili fattori di esclusione e/o di riduzione dell'accessibilità ai servizi risultino rimossi o almeno ridotti. Nell'area delle cure primarie si possono applicare criteri di inclusione/esclusione in servizi mirati solo dopo aver identificato i problemi, la loro scala di priorità e l'acquisizione di un consenso alla cura autentico, negoziato con ogni singolo paziente in base alle singole e personalissime storie, dando sostanza al tanto invocato *empowerment* del pa-

ziente e alla *family education*.

"Se siamo in presenza di una divisione ospedaliera abituata a svolgere questo tipo di lavoro, come controllare le strutture nefrologiche e i reparti di cardiologia, organizzare un ambulatorio con un care manager - ha affermato Sergio Bernabè, Mmg, membro del direttivo Csermeg - che tiene i contatti telefonici con i pazienti che sono in carico all'ambulatorio, non è un'operazione particolarmente complicata. Addirittura si può pensare di avere dei servizi di telemedicina che facilitino ulteriormente questo tipo di controllo a distanza. Certo, è eccellente, potrebbe essere particolarmente utile, di supporto anche a noi Mmg in casi estremamente complessi, per cui si potrebbe ridurre ulteriormente il grado di ospedalizzazione in collaborazione con le divisioni ospedaliere. Il problema, tuttavia, è che questa sembra essere l'unica soluzione proposta e proponibile. Una delle responsabilità "forti" della MG è avanzare dei modelli che consentano la realizzazione di una "rete orizzontale" che sia in grado di offrire assistenza anche al paziente che in realtà è escluso da un ambulatorio così mirato perché comunque non rientra nei criteri di inclusione. Noi possiamo offrire assistenza cardiologica anche ai non eligibili alla presa in carico da un ambulatorio di secondo livello. È questo che rende il livello di complessità e di intervento che noi dobbiamo assolutamente essere in grado di fornire. Nella MG non ci sono criteri di esclusione, anzi, essa esiste proprio per evitare che ci siano esclusioni".

Tra i servizi ospedalieri sul territorio e la medicina generale, giocoforza, esiste competizione. “La rapidità con la quale gli ospedali possono organizzare questi tipi di ambulatori è molto più elevata e il livello di attrattività è molto forte” ha ammesso Bernabè. “Ma presto di sicuro non saranno in grado di reggere l’intero problema perché fra 10 anni saranno saturi e non assicureranno più i servizi. Intanto la MG avrà pagato costi di ‘cannibalizzazione’ che andranno a discapito di tutti. Per questo non conviene neanche a loro ‘cannibalizzarci’, per usare un termine greve, che non vuole essere contro, ma a favore della costruzione della qualità. Quindi competizione sì, ma non sul piano professionale. Ci sentiamo in competizione sul piano delle risorse, del personale, dell’assetto organizzativo che loro hanno e che noi non abbiamo”.

■ Rischio di omologazione

Il rischio che la lettura della realtà clinica del territorio e la progettazione di servizi per esso vengano fatti sulla base di una nosologia ospedaliera potrà essere evitato se la MG saprà costruire una rete orizzontale di servizi sanitari

informativi alla persona di tipo multiprofessionale sia “on demand” del singolo che di “medicina d’iniziativa in ambulatori per problemi” verso singoli aggregati in gruppi omogenei. Una MG responsabile e visibile grazie a bilanci chiari e dettagliati da congrui indicatori di processo ed esito premierà quel capitale sociale rilevante rappresentato dalla fiducia che i cittadini hanno verso il proprio Mmg. È in questo contesto che entra in gioco la messa in pratica del concetto di *accountability* (letteralmente “responsabilità”, “l’essere spiegabile o giustificabile”). “Con questo termine - ha spiegato Bernabè - s’intende l’accordo sul fatto che la medicina generale diventa visibile, descrivibile e si assume la responsabilità di quanto dice e fa sulla base di quanto presenta e delle informazioni che restituisce. Certo può rappresentare un potenziale pericolo, perché mette di fronte alla responsabilità delle azioni che uno fa, intraprende, o non fa. Però è anche un elemento di grande soddisfazione per chi cerca di lavorare a un certo livello di qualità e di prestazione perché consente di dire, di riconoscere e di premiare il merito. È un elemento forte che potrebbe essere un volano di sviluppo anche per l’intero sistema

Paese”. *Accountability* è un termine mutuato dal gergo economico: anche le aziende hanno problemi di *accountability*, di essere quindi affidabili e responsabili per la ricchezza che producono per i propri azionisti e per il valore che generano per il sistema Paese.

A fianco dell’*accountability* si pone l’audit che consente alla MG di misurarsi, di rendersi conto di quanto produca e che permette un confronto costruttivo con l’incursione della medicina ospedaliera nel territorio.

“Accanto all’*accountability*, - ha sottolineato **Vittorio Caimi**, presidente Csermeg - che è parte fondamentale del concetto di clinical governance, nel senso di assunzione di responsabilità verso una qualità complessiva dell’assetto sanitario, si colloca l’audit che è una forma strutturata e del tutto condivisa dalla comunità scientifica di produrre in modo visibile, mediante l’utilizzo di vari indicatori, una valutazione della performance dell’attività pratica e, oltretutto, mirata alla qualità, nel senso che non solo produce dati statistici, ma è in grado di identificare poi gli aspetti critici e di lì partire per un miglioramento continuo certo teorico, ma concettualmente condizionale, dell’assetto della MG”.

Puntare sulla formazione

di Monica Di Sisto

Accompagnare i cambiamenti demografici con una trasformazione dell'approccio sanitario, senza permettere che la medicina generale si snaturi diventando qualcos'altro, a questo punto dell'evoluzione del nostro Ssn si rivela sempre più chiaramente un passaggio necessario. Questo, tuttavia, non sarà possibile se non ci sarà una vera e propria "rivoluzione" nella formazione dei medici di medicina generale. Ne sono convinti sia la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (Fimmg), sia il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) che hanno posto come primo punto all'ordine del giorno del nuovo Governo proprio l'esigenza di uniformare i percorsi formativi degli aspiranti medici a partire dall'adeguamento economico tra i medici in formazione specialistica e quelli di medicina generale, perché sia riconosciuto a questi ultimi pari valore rispetto ai colleghi che scelgono le altre discipline.

Un bisogno così strategico che la Fimmg ha annunciato la costituzione di un comparto *ad hoc* del sindacato, affidato al segretario nazionale della Fimmg-Continuità assistenziale **Domenico Crisarà** per "seguire meglio i medici in formazione e garantire loro la giusta dignità".

Le priorità

Secondo poi quanto dichiarato da **Pieterino Forfori** dello Smi, la nostra sanità si proietta sempre di più sul territorio, ma l'attenzione che si rivolge nei confronti dei futuri professionisti che vi dovranno operare è francamente insufficiente. Per questa ragione il Sindacato dei Medici Italiani si è rivolto pubblicamente al Governo appena insediato, ma anche - guardando all'interno - alle istituzioni ordinistiche, alle società scientifiche e agli altri sindacati, affinché si costruisca al più presto e in modo unitario una iniziativa politica forte che garantisca risposte adegua-

te ai giovani medici di medicina generale. Per accelerare il processo di adeguamento della formazione specifica in medicina generale a criteri più equi e più moderni, lo Smi ha posto agli altri interlocutori del settore alcune priorità:

- la non tassabilità della Borsa di specializzazione in medicina generale;
- l'introduzione di attività professionalizzanti e l'introduzione dei crediti formativi;
- il giusto riconoscimento dell'attività di insegnamento della medicina generale;
- la modifica dei test di ingresso;
- il pieno rispetto del fabbisogno programmato di medici di famiglia da formare.

È inaccettabile, infatti, secondo Smi, che l'anno scorso in molte Regioni siano rimasti posti vacanti, soprattutto considerando il fatto che ci si sta avviando nei prossimi anni a una carenza di medici in questa area.

Retribuzioni: pari opportunità

Ma c'è anche un problema economico per chi sceglie la medicina generale invece delle altre discipline: i medici di famiglia in formazione guadagnano la metà dei loro colleghi specializzandi in altri settori della medicina. E sono anche penalizzati per quanto riguarda i contributi previdenziali, praticamente 'impercettibili'. Una discriminazione che rende meno attraente la professione di Mmg per i giovani laureati e mina alla base le prospettive di ricambio generazionale, oltre a non garantire la pari dignità.

Fare i conti in tasca a questi giovani aspiranti medici di famiglia è molto più facile di quanto sembri. Ogni anno i medici di medicina generale in formazione sono circa 1.500 e, oltre a seguire una formazione teorica, come i loro colleghi specializzandi, "fanno attività assistenziale concreta - ha ricordato Crisarà - con un rap-

porto di esclusività che non permette di fare altri lavori".

Per i tre anni di formazione, infatti, essi sono impegnati "negli ambulatori dei medici di famiglia titolari, ma anche nei consultori, nei Sert, nei reparti di ostetricia e ginecologia, in pediatria e nei Pronto soccorso. La loro retribuzione, però è di circa 900 euro, contro i 1.800 del contratto di formazione dei medici specializzandi".

Per questo il neonato comparto Fimmg chiederà al Governo come primo atto di riadeguare il compenso dei medici di medicina generale in formazione. Secondo il responsabile del neonato comparto Fimmg questo non è solo un problema di sopravvivenza, ma anche di dignità di ruolo: così si alimenta una cultura che considera il medico di famiglia un medico di serie B. "Si parla sempre del ruolo fondamentale della medicina di famiglia per il nostro sistema sanitario - ha tenuto a precisare Crisarà - ma non si fa molto per incentivare i giovani a seguire la professione. Qual è infatti il motivo per cui un giovane laureato deve scegliere questa professione quando - oltre alla scarsa presenza della materia nelle università, praticamente sconosciuta agli studenti - nei primi tre anni di formazione guadagna la metà degli altri medici che si specializzano e con prospettive di inserimento più difficili?".

Questione previdenza

Infine, ma non da ultimo, c'è il problema della previdenza che, nel periodo formativo, è minima. E con le difficoltà di stabilizzazioni che ci sono oggi, i giovani medici rischiano di cominciare a pagare contributi utili solo dopo i 40 anni, con la prospettiva di una pensione bassa per loro e un problema di sostenibilità anche per l'Enpam, l'istituto di previdenza dei medici.

Insomma, per un Paese che invecchia ci vogliono più medici di famiglia e all'altezza del compito, ma anche più Mmg che, molto più prosaicamente, partecipino alla tenuta della base assicurativa degli altri medici.