

Lo stato di salute della medicina generale in Italia

La crisi dell'assistenza primaria è un fenomeno che tocca non solo l'Europa, ma ha echi anche negli Stati Uniti dove si assiste ad un vero e proprio depauperamento della professione. Nel nostro Paese, anche se con i dovuti distinguo, le cose non vanno tanto meglio, secondo quanto dichiarano alcuni esponenti di categoria.

Gianluca Bruttomesso

Secondo **Salvo Calì**, segretario nazionale Smi, nella situazione del nostro Paese più che una crisi della medicina generale (MG) intesa come disciplina, c'è un ritardo della politica nella riorganizzazione compiuta delle cure primarie, visto che la domanda si è spostata verso le cronicità. Per **Sergio Bernabè**, membro del direttivo del Csermeg, non si può parlare di un vero e proprio collasso della *primary care* in Italia, esistono delle difficoltà perché manca una riqualificazione del servizio: nessuno fa investimenti, non solo sugli stipendi dei medici, ma soprattutto sulle infrastrutture. Mette in guardia **Mauro Martini**, presidente nazionale Snami, sul *modus operandi* per incentivare l'assistenza di primo livello riqualificando il territorio: "Attenzione, se si vuole realmente riorganizzare un territorio o un servizio sanitario, bisogna tenere in considerazione i vari attori. Negli USA, patria dell'esasperazione della specializzazione, è avvenuto questo: un impoverimento non solo di tipo economico, ma anche professionale, dell'attività della MG, ha portato a un allontanamento dalla professione. Se il medico non sarà più gratificato, perché tutto è riversato in una ospedalocentricità, senza vedere nel suo complesso la persona-cittadino, sicuramente si arriverà a un collasso anche da noi. Più o meno è quanto è successo in Gran Bretagna, dove si è dato al Gp un compito sempre più burocratico e sempre meno clinico, poco specializzato sul territorio. Si sono create strutture territoriali che rifacevano

il verso ad altre ospedaliere". **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg, tiene a sottolineare che dal 2006 al 2007 il numero dei medici andati in pensione prima dei 65 anni è aumentato di due punti, dal 7 al 9%. E i giovani che entrano nella professione con l'illusione di un lavoro gratificante, poi scoprono che non lo è: i motivi di frustrazione sono esattamente quelli espressi dai generalisti USA (*M.D.* 2008; 35: 8-9)".

I fattori di produzione

Il primo nodo da sciogliere riguarda il carico di lavoro, sempre più gravoso per il Mmg, legato anche alla mancanza dei cosiddetti "fattori di produzione". "L'informatizzazione, la necessità di fornire servizi articolati ai pazienti e il carico di lavoro - commenta Milillo - rendono impossibile la gestione di tutta l'attività da parte del solo curante. Il Mmg ha bisogno non solo dei locali, ma anche del computer, della rete, di personale di segreteria e infermieristico". A ciò si potrebbe rispondere tramite la medicina di gruppo: "Ma siamo legati ancora alla convenzione del 1980 - afferma Salvo Calì - nel suo impianto di riforma sanitaria. Le forme organizzate nel territorio di MG che rispondono meglio alla domanda attuale sulle cronicità l'abbiamo inventate in quell'anno, ma solo in poche realtà (Veneto, in parte dell'Emilia Romagna e della Lombardia) e con sviluppi modesti in termini percentuali. La disciplina non dispone di un impianto normativo in grado di assicurare un modello organizzati-

vo di risposta alle cure primarie omogeneo in tutta Italia, all'interno del quale, poi, le Regioni possano articolare forme più o meno estese di assistenza".

Una formazione specifica

Un secondo aspetto da considerare, non meno importante, riguarda la formazione: "Cambia la domanda - specifica Calì - ma la preparazione di base del Mmg continua a essere quella di trent'anni fa". Al riguardo Bernabè tiene a sottolineare che il modello di cura proposto alla medicina generale in ambito universitario in realtà è tipicamente ospedaliero. "L'università non forma Mmg in grado di gestire le cure territoriali - chiarisce Bernabè - tant'è che i giovani medici, quando al sesto anno vengono nei nostri studi, scoprono un mondo del quale non conoscevano minimamente l'esistenza".

Sul tema della formazione, e su questo concordano tutti, occorre ancora creare una vera e propria specializzazione in medicina generale attraverso l'istituzione di percorsi formativi che comprendano la complessità delle patologie che i Mmg sono chiamati ad affrontare, ma - secondo Calì - anche una preparazione manageriale che consenta al medico di gestire risorse umane.

Retribuzione: tutto da rivedere

Un terzo punto da mettere in discussione riguarda la retribuzione. Secondo il rappresentante dello Smi la categoria, sotto il punto di

vista economico, si è impoverita. Ciò comporta il rischio che la professione non sia più appetibile per chi, nella migliore delle ipotesi, vi riesca ad accedere dopo dieci anni di studio. "Oggi nell'area si entra a rapporto precario - sottolinea Calì - cioè a 24 ore con la convenzione della continuità assistenziale. Quando si accede alla primary care, inoltre, bisogna permettersi ingenti investimenti economici, per dotarsi dello studio, di personale di segreteria, e per comprarsi il materiale necessario". Spiega poi Milillo che se c'è una situazione economica deludente, professionalmente frustrante, il sistema non regge. Per questo è necessario procedere a un reale cambiamento, che noi abbiamo chiamato "rifondazione". Un giovane medico, se fa la continuità assistenziale (CA), può sopravvivere mentre acquisisce assistiti. Ma un medico che cominci ad avere scelte, fino a 500-600, non ha nessun guadagno, anche se ha entrate, perché queste sono tutte assorbite dalle spese. Dopo 650 scelte, tra l'altro, per legge perde la possibilità di lavorare nella CA.

La progressione di carriera

Sul tema dell'ingresso nell'area della MG Calì insiste sull'idea dell'accesso unico e a tempo pieno: "Nel corso del tempo, poi, il medico potrà fare carriera, come avviene in ospedale: gli ultimi arrivati cominciano con le guardie mediche. Poi si acquisiranno scelte e si svolgeranno funzioni organizzative anche nel territorio. Ci sarà insomma una progressione, come avviene in tutte le altre professioni, che consenta uno sviluppo fino all'insegnamento, magari non esclusivo. Ciò richiede un investimento di natura economica strategico per il futuro del Ssn". Anche Milillo concorda sul tempo pieno: "Vogliamo dare un'opportunità di guadagno paragonabile a una piena occupazione al medico che entra per la prima volta nella MG, finché non raggiunge il massimale. A quel punto, magari, si potrebbe ridurre il numero

delle scelte per svolgere altre attività - coordinare colleghi, insegnare, fare ricerca - magari con retribuzione ad orario. C'è bisogno di un respiro professionale, anche dal punto di vista dei contenuti, molto più qualificante".

Un altro aspetto da riformare, anzi da eliminare totalmente, secondo Milillo, in questo caso, è la concorrenza: "I Mmg lavorano da soli e faticano a collaborare con altri, perché l'elemento che determina il guadagno è il numero delle scelte. Siccome c'è un rapporto ottimale uno a mille e un massimale uno a 1.500, per aumentare la retribuzione il Mmg deve sottrarre assistiti agli altri colleghi. Si crea così una concorrenza che qualche volta costringe il curante alla compiacenza e abbassa il livello qualitativo della prestazione".

Una riforma da fare

Sul versante economico, l'argomento più sentito, da parte dell'intero settore è una vera e propria riforma della professione a livello nazionale. Si sottolinea che il contratto può rinnovare risorse economiche modeste: per il biennio 2006-2007 si recupererà solo il 4,85%, incrementi con cui non si può riorganizzare l'area. Secondo Calì occorre un in-

vestimento simile a quello effettuato nel 1999 con la riforma 229, quando fu chiesta ai medici fedeltà al Ssn, in cambio dell'indennità di esclusiva. L'obiettivo, allora, era quello di rafforzare la professionalità dentro il Ssn scommettendo sull'esclusività del rapporto, opzione adottata dalla maggior parte dei medici. Sarebbe necessario rivalutare la quota oraria d'ingresso per i giovani, spostandola da 24 a 38 ore, e una redistribuzione del carico di lavoro sulla base della tipologia di assistiti: il Mmg deve occuparsi di problematiche più complesse, compresa l'organizzazione di servizi attorno al paziente stesso. I sindacati sono avanti su questi temi, e si intravede anche una certa disponibilità del Governo. Ci si aspetta un intervento complessivo sul Ssn. Per Milillo è ora di passare da una *fast medicine* a una *slow medicine*. Occorre ricevere dal Ssn risorse per il personale e per le strutture, che devono essere ridistribuite dopo i tagli anche dall'assistenza di secondo livello, specialistica e ospedaliera, che oggi presenta sprechi molto elevati. L'assistenza specialistica vale oltre 300 euro pro capite, mentre quella relativa a MG, pediatria e CA si aggira sui 97. Per attuare ciò c'è bisogno di un coordinamento nazionale.

La primary care in Italia: come riformarla

Problemi	Proposte
1. Cronicità e maggiori carichi di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione nazionale • Riforma della medicina di gruppo • Investimenti del Ssn
2. Scarsa qualifica professionale	<ul style="list-style-type: none"> • Investimenti del Ssn
3. Retribuzioni troppo basse	<ul style="list-style-type: none"> • Tagli alle cure secondarie • Più ore per i nuovi medici • Superamento della retribuzione solo per scelte
4. Accesso alla professione	<ul style="list-style-type: none"> • Lista unica • Progressione di carriera • Tempo pieno
5. Formazione non specifica	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione della specialità post laurea • Preparazione anche manageriale