

## Welfare e assistenza sanitaria: la via degli Usa

**Giuseppe Maso**

Medico di Famiglia, Oriago di Mira (VE)  
Responsabile corso di Medicina di Famiglia,  
Università di Udine

*L'approvazione dell'Affordable Care Act (ACA) rappresenta una vera e propria svolta nel sistema sanitario degli Stati Uniti dopo la creazione di Medicare e Medicaid*

**I**l NEJM ha pubblicato di recente un articolo di R. Kocher e N.R. Sahni dal titolo *"Physicians versus Hospital as Leaders of Accountable Care Organizations"* (2010; 363: 2579-82). Secondo gli autori, la svolta obamiana con l'*Affordable Care Act (ACA)* in Usa (assieme al *Recovery Act*), sarà responsabile di una *"distruzione creativa"* di quanto è stato finora costruito in sanità; il sistema delle erogazione delle cure passerà da uno stato di frammentazione, di pagamento a prestazione a un altro di qualità maggiore, più produttivo, con forti incentivi verso l'efficienza e la coordinazione delle cure. Medici di famiglia (Mdf) e ospedali dovranno reinventarsi organizzazioni e strutture. Cambierà la posizione centrale e dominante degli ospedali, il reddito, l'autonomia e il contesto di lavoro per i Mdf. L'obiettivo è incrementare la prevenzione e la gestione delle patologie croniche, ridurre il numero di ricoveri impropri, la richiesta di visite specialistiche e di accertamenti. Per raggiungere un livello adeguato di coordinazione nelle cure si verranno a creare inevitabilmente delle organizzazioni responsabili (*Accountable Care Organizations - ACO*) che coinvolgeranno gli ambulatori di Mdf che si struttureranno per offrire un servizio orientato al paziente (e non alla malattia) e si organizzeranno per dare un servizio di più ore. Queste ACO potrebbero comprendere anche uno o più ospedali con cui i Mdf contratterebbero specifici servizi e in ogni caso assumendone i rischi finanziari; saranno pagati di più per la cura delle patologie croniche e si prenderanno in carico parte della responsabilità per il costo delle visite specialistiche, degli accessi al Pronto soccorso e per i ricoveri, avranno quindi bisogno di strumenti

e di un piccolo gruppo di specialisti. Dal controllo delle ACO dipenderà molto del futuro della MG. Potranno essere controllate da Mdf associati, che compiranno servizi dall'ospedale, o dall'ospedale che fornirà servizi assumendo i medici di famiglia. Se domineranno i Mdf il "censo" dell'ospedale diminuirà e i Mdf saranno referenti di loro stessi, se invece dominerà l'ospedale, ci sarà un declino nei guadagni e nell'indipendenza dei Mdf, relegati alla condizione di dipendenti con perdita di status, guadagno e della necessaria influenza per controllare le istituzioni sanitarie. Chi si muoverà prima conquisterà il mercato e questa potrebbe essere un'occasione epocale per la medicina generale degli Usa.

### Un intervento necessario

Quanto sta avvenendo risponde a un enorme bisogno di riduzione della spesa e alla necessità di maggior equità. La spesa sanitaria pro capite in Usa è la più alta del mondo occidentale mentre i risultati sono tra i più scarsi. Le differenze tra gli Usa e l'Europa sono tali e tante che nessun paragone è possibile tra i sistemi sanitari, tanto meno un confronto con quello italiano. Leggendo l'articolo vengono comunque alla mente alcune considerazioni. La prima è che in Italia abbiamo un sistema sanitario nazionale su modello Beveridge in cui lo Stato decide e si fa carico dei livelli essenziali di assistenza (Lea) con le risorse della fiscalità generale. L'equità è garantita ed è garantito anche un certo grado di qualità. La seconda considerazione è che le ACO le abbiamo già, le chiamiamo Aziende sanitarie locali, con annesso organizzazioni gestionali (Distretti), che prov-

vedono alla attività di formazione, informazione e revisione fra pari, alle prestazioni aggiuntive incluse quelle informatiche, alla ricerca epidemiologica e al calcolo di spesa, a progetti di spesa programmata, alla produzione di linee guida e protocolli diagnostici assistenziali, a conferenze di consenso in ambito di Distretto e alla attivazione delle Unità Complesse.

Abbiamo già una iper-organizzazione. La grande differenza sta nei modelli professionali organizzativi alla base della filosofia dei due sistemi e che li rendono incommensurabili: il sistema Usa è non-gerarchico professionale (organizzazione delle cure lasciata all'iniziativa dei professionisti del settore sanitario) il nostro è gerarchico-normativo (il sistema delle cure primarie è regolato dallo Stato). I medici italiani sono già in una condizione di paradipendenza, sono risorse umane, hanno perso lo status che avevano e sono privi della necessaria influenza per controllare le istituzioni sanitarie. L'organizzazione in *team* negli Stati Uniti (e nel resto d'Europa) è libera e non coatta e la medicina di famiglia non ha i vincoli prescrittivi e professionali che ha in Italia. Di fatto da noi ha già vinto l'ospedale e la sua organizzazione influenzerà pesantemente le future Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp) in cui gli specialisti avranno un ruolo fondamentale riproducendo così nel territorio un modello organizzativo ospedaliero e in cui i Mdf avranno un ruolo da ricostruire. In Italia i vincoli alla libertà professionale, contrariamente a quanto ci si proponeva, faranno vincere, in un Paese con sistema sanitario statale, un modello di cui, in tutti i modi, un sistema sanitario liberale, come quello Usa, cerca di liberarsi.