

**Affare assegnato "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca postCovid" (n. 569)**

**Senato della Repubblica - Commissione Igiene e sanità**

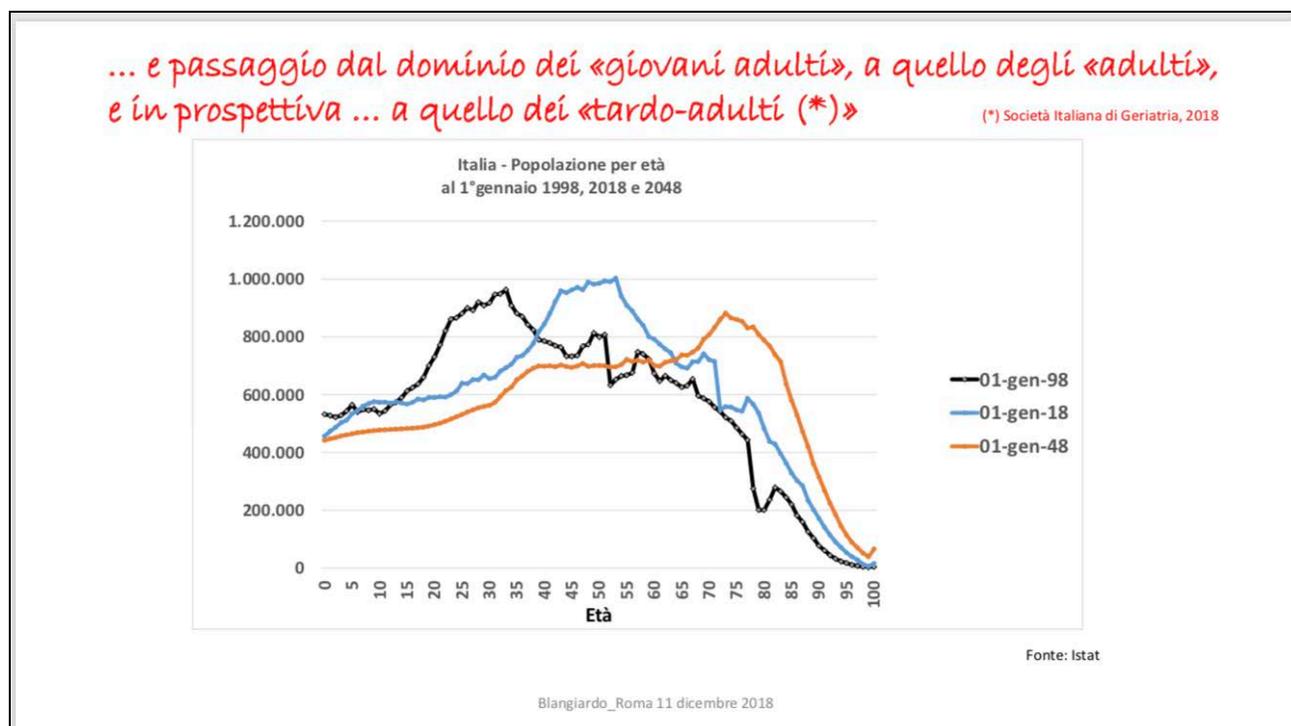
**Audizione FIMMG del 24 novembre 2020**

L'analisi della popolazione italiana per età, distribuzione sul territorio, prevalenza di patologie, aspettativa di vita rende necessaria una rivisitazione del SSN.

È indifferibile la revisione del pensiero stesso che ha fino a qui animato, con indiscutibili ottimi risultati, l'azione della assistenza sanitaria.

Il nostro servizio sanitario fu concepito, cinquanta anni fa, per dare risposta ai bisogni di salute e assistenza di una popolazione sostanzialmente giovane con ancora una struttura familiare che garantiva, vista la numerosità dei componenti, una mutua assistenza e una distribuzione sul territorio nazionale che non privilegiava le città rispetto alle aree rurali e montane.

Anche l'aspirazione alla qualità della vita era assolutamente diversa: la terza età, se non la quarta, non avevano aspirazioni particolari sulla possibilità di vivere una vita attiva socialmente e fisicamente come invece avviene oggi.





L'indiscusso successo del nostro sistema di assistenza pubblico, che è evidente per i miglioramenti per aspettativa e qualità di vita, si è rivelato la causa della sua insostenibilità economica.

Avere una popolazione anziana, che vive i suoi ultimi anni in condizione di grave fragilità, determina un impegno di risorse insostenibile.

Per questo è necessario ripensare il sistema e da una organizzazione di attesa evolvere verso una organizzazione strutturata soprattutto nella iniziativa, nella prevenzione e nella presa in carico precoce del paziente che può sviluppare cronicità e comorbilità.

Questa azione è possibile solo attraverso le cure primarie territoriali e la effettiva valorizzazione del medico di medicina generale, unico soggetto se ben guidato da una struttura contrattuale convenzionata non tendente alla subordinazione della risorsa umana ma subordinando la retribuzione agli obiettivi e lasciando alla capacità adattiva e alla elasticità di tale figura contrattuale la ricerca di soluzioni coerenti con le autonomie regionali, capace di erogare non prestazioni bensì volume di presa in carico che, oltretutto, sarebbero economia di scala.

Per fare questo non è più pensabile al medico di famiglia come operatore singolo destinato all'assistenza di un numero di cittadini, ma bisogna immaginarlo come componente centrale di una equipe operante su un territorio specifico.

La differente concentrazione di popolazione, rispetto alle aree geografiche e all'urbanizzazione delle stesse, necessita di pensare al medico di medicina generale e alla equipe che lavora con lui non più nei termini di popolazione afferente ma di popolazione afferente per chilometro quadrato che mantenga le condizioni di prossimità e fiduciarità, sviluppando efficacemente la domiciliarità. Queste condizioni devono essere mantenute per le popolazioni più disperse. E' noto che aree rurali e soprattutto montane e pedemontane sono abitate da anziani con mobilità autonoma problematica e pluripatologici, ogni tanto i modelli organizzativi proposti per le cure primarie sembrano dimenticare che 10 milioni di italiani, il 17% della popolazione, vive in paesi con meno di 5000 abitanti (che occupano più del 50% di tutta la superficie del territorio italiano) ed è su questi che va organizzato il modello caratterizzato dall'essere il minimo comun denominatore, non partendo dai grandi centri urbani o metropolitani che possono organizzativamente essere solo la risposta moltiplicativa del modello elementare, mentre il processo inverso non è possibile.

Qualcuno pensa che la gestione delle cure primarie possa essere risolta centralizzando l'offerta, ma basterebbe considerare che le sole 14 città metropolitane italiane accolgono quasi 22.000.000 di cittadini in poco più del 10% della superficie del territorio italiano per comprendere che nel rimanente 90% (270.000 Km<sup>2</sup>) la restante parte dei cittadini italiani non avrà riferimenti sanitari territoriali, avendo già oggi un'offerta assistenziale con strutture lontane e non facilmente raggiungibili.

Il medico di famiglia di quel paesino, di quei cittadini, di quegli anziani, di quegli ammalati è presidio sanitario indispensabile, un medico di famiglia ogni 90 Km<sup>2</sup> non è un'offerta di cure primarie.



## Numero dei comuni italiani e popolazione residente per classi demografiche.

Fascia demografica	Comuni		Popolazione	
	numero	%	residenti	%
da 500.000 ab. e oltre	6	0,08%	7.298.982	12,12%
da 250.000 a 499.999 ab.	6	0,08%	1.915.139	3,18%
da 100.000 a 249.999 ab.	33	0,42%	4.913.833	8,16%
da 60.000 a 99.999 ab.	59	0,75%	4.554.404	7,56%
da 20.000 a 59.999 ab.	417	5,28%	13.695.953	22,73%
da 10.000 a 19.999 ab.	707	8,95%	9.751.328	16,19%
da 5.000 a 9.999 ab.	1.180	14,93%	8.332.520	13,83%
<b>da 3.000 a 4.999 ab.</b>	<b>1.085</b>	<b>13,73%</b>	<b>4.222.470</b>	<b>7,01%</b>
<b>da 2.000 a 2.999 ab.</b>	<b>936</b>	<b>11,84%</b>	<b>2.298.779</b>	<b>3,82%</b>
<b>da 1.000 a 1.999 ab.</b>	<b>1.510</b>	<b>19,11%</b>	<b>2.198.602</b>	<b>3,65%</b>
<b>da 500 a 999 ab.</b>	<b>1.095</b>	<b>13,86%</b>	<b>807.941</b>	<b>1,34%</b>
<b>meno di 500 ab.</b>	<b>869</b>	<b>11,00%</b>	<b>254.688</b>	<b>0,42%</b>
Totale	7.903	100,00%	60.244.639	100,00%

Dati ISTAT aggiornati al 31/12/2019

Per quanto detto sopra, saranno necessarie modalità organizzative differenti per territorio, caratteristiche orogeografiche e di collegamenti stradali e di trasporto pubblico, che poco si addicono a modelli della dipendenza, mentre si addicono a modelli di autoorganizzazione se sono connessi a obiettivi di motivazione contrattuale ovvero economici ma anche di riconoscimento del ruolo sociale che, in un soggetto a quota capitaria reso attrattivo dall'investimento su se stesso, possono diventare anche valore reddituale se la quota capitaria fosse evoluta con un sistema di coefficienti rispetto a standard organizzativi o di erogazione di prestazioni o di livelli e capacità di presa in carico o rispetto alla capacità di integrazione multiprofessionale.

Qualunque sia l'organizzazione scelta è irrinunciabile che la dotazione tecnologica, anche a proprio carico, degli studi dei medici di medicina generale si arricchisca di nuovi servizi e strumentazioni (spirometri, ecografi, elettrocardiografi, POCT per diagnosi di laboratorio, etc) che, oltre ad aumentare la risposta di intensità diagnostica e assistenziale dello studio di medicina generale in tema di prevenzione e presa in carico della cronicità, potrà accogliere/intercettare e gestire i pazienti che presentano una sintomatologia acuta prevenendo nella maggior parte dei casi gli accessi ai servizi distrettuali e ospedalieri di primo e secondo livello, nonché al pronto soccorso, che potranno pertanto ridurre i rispettivi costi e tempi di attesa. I centri di secondo livello dovranno essere coerentemente collegati con le cure primarie, anche per il necessario supporto, in una rete sia digitale che di risorse umane che possa in qualunque momento potenziare il primo livello di cura grazie ad una relazione tra i professionisti, potendo, nel caso della sanità digitale, offrire al sistema la garanzia del trasferimento fiduciario tra il medico di famiglia e lo specialista, situazione che anche i documenti dell'ISS sulla telemedicina ritengono un valore irrinunciabile se ne vogliamo uno sviluppo con il gradimento del cittadino e oltretutto più coerente con gli attuali disposti del codice deontologico, che non considera visita medica il video consulto, e con tutti i rischi medico legali che



deriveranno invece da scelte che durante il Covid sono andate in direzione diversa.

E' necessario, a questo punto, definire l'organizzazione professionale che soggiace a tutto questo.

Fino ad oggi le esperienze effettuate, con maggior o minor successo, hanno puntato sulla aggregazione di più medici, sovrapponendovi una dotazione più o meno generosa di personale di studio e infermieristico che comunque non garantisce omogeneità nell'offerta a tutti i cittadini.

È nostro convincimento che è necessario identificare una unità operativa/erogativa di base intorno al singolo medico di medicina generale che possa efficacemente operare in autonomia o in integrazione con altre unità operative/erogative del territorio: **il microteam**.

Questo **microteam**, definito dalla Legge 60/2019 (art 12 comma 6 lettera a) rappresenta l'unità elementare assistenziale a cui ogni studio di medicina generale dovrà tendere indipendentemente dalla complessità organizzativa e dalle caratteristiche del territorio in cui è inserito, al fine di garantire la capillarità della risposta assistenziale, l'accessibilità per la popolazione anziana e la domiciliarietà per chi non è più in grado di recarsi presso lo studio medico.

Il **microteam** è l'organizzazione di base di tutte le forme complesse della medicina generale ed organizzative (AFT e UCCP) esistenti previste dall'ACN e come evolute grazie agli AIR per la Medicina Generale e coerenti con la programmazione autonoma delle Regioni. L'unità elementare del microteam, rappresentato da MMG, collaboratore di studio e infermiere, evolve il modello attuale medico-centrico ad un modello team- centrico, in cui il Medico di Medicina Generale riveste ruolo di responsabile clinico e imprenditore etico. Il microteam può evolvere in forme più articolate di complessità attraverso il completamento orario e l'integrazione assistenziale del medico di Continuità Assistenziale o del medico a Ruolo Unico; attraverso il coordinamento con i farmacisti previsto dal D.Lgs. 502/92, Art 8, comma 1, lettera m bis; attraverso l'interazione funzionale con gli specialisti, i professionisti della riabilitazione, gli assistenti sociali e gli psicologi.

Per rendere possibili tutto questo è necessaria anche una evoluzione del processo contrattuale.

Fermo restando che i due grandi valori della medicina generale sono la scelta fiduciaria del cittadino e la capacità del medico di famiglia di essere imprenditore etico di sé stesso, è necessario un cambio di passo nell'ambito del percorso di definizione del contratto nazionale.

A fronte del mantenimento del riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, diventa necessario il suo incremento verso quei medici che operando nei **microteam** o nelle forme complesse che ne derivano, realizzino obiettivi di assistenza e di presa in carico concordati e verificati.

Riteniamo altresì necessario che anche tutte le figure operanti coi medici di medicina generale armonizzino le loro forme contrattuali attraverso modalità convenzionali, che prevedano azioni e riconoscimenti economici in sintonia ed integrazione con quelli previsti dalla convenzione della medicina generale, oltretutto questo significa partecipazione e responsabilità alla costruzione dei fattori di produzione coerenti con gli obiettivi pattuiti per convenzione e conseguente rischio reddituale connesso, omogeneo e non differenziato al mancato raggiungimento degli stessi.



Per raggiungere questo risultato dovrebbe essere ripensato anche l'assetto legislativo della normativa sul lavoro autonomo.

Di fatto in questo paese serve una normativa sul lavoro autonomo applicato all'ambito pubblico, dove il sistema convenzionato trovi una sua dimensione legislativa e non, come è oggi, le trovi solo attraverso interpretazioni derivate da sentenze amministrative.

Sappiamo che il concetto di parasubordinazione si riferisce, a nostro avviso sbagliando, al rapporto tra il soggetto datoriale e il personale convenzionato quando, se si valutasse bene la subordinazione del personale convenzionato, è all'accordo collettivo nazionale e regionale che sia.

Appare evidente che se ci fosse una normativa che chiarisca gli ambiti e le leve da utilizzare, sarebbero più chiari i rapporti e il direccionamento utile agli obiettivi di sanità e salute pubblica da definire e su cui orientare l'indirizzo contrattuale.

Per fare un esempio appare chiaro che in condizioni di emergenza il sistema convenzionato non appaia ristrutturabile ad esigenze improvvise di organizzazione sanitaria, ma a latere del fatto che non mi risulta che nel caso di terremoti o emergenze geologiche la medicina generale non si sia immediatamente ridisposta in campo con modelli che poco avevano a vedere con i modelli ordinari previsti dagli ACN o AIR, può diventare oggi motivo di discussione se un contratto convenzionato debba prevedere un modello operativo per situazioni di emergenza sanitaria, come un pandemia, in modo da avere un riferimento immediato e chiaro sul chi fa che cosa e come, su quali evoluzioni possano avere compiti e funzioni ordinarie rispetto all'emergenza e se fosse necessario anche definire parti di questi soggetti richiamati a compiti completamente diversi dai propri, come una sorta di riserva di risorse umane immediatamente riconvertibili nei necessari modelli assistenziali conseguenti all'emergenza e ad essa coerenti, come sarebbe stato necessario per esempio piuttosto che prevedere le USCA come soggetto estraneo al sistema e di fatto nel tempo usato come alternativo o sostitutivo.

Appare evidente che quanto definito negli ultimi provvedimenti emergenziali di questi mesi lo riteniamo la costruzione di un altro silos di incomunicabilità organizzativa, assistenziale, professionale che o ha lo scopo di costruire un alternativa all'attuale offerta fiduciaria delle cure primarie, trasformandola in una offerta di struttura e non di relazione tra un professionista intellettuale delle cure primarie e il suo paziente, condizione quest'ultima che viene portata come motivazione nell'ultimo rapporto OSCE 2019 sugli ottimi risultati del nostro SSN.

Ed è proprio la caratteristica di "autonomia" del medico di medicina generale che garantisce il rapporto fiduciario con il paziente: se si trasforma il modello contrattuale della medicina generale questo modello si perde come la possibilità della personalizzazione delle cure, che dovrebbe essere tipica dell'assistenza territoriale, andando verso la loro standardizzazione. Un modello che porta la medicina generale nella dipendenza pubblica potrebbe apparentemente sembrare facilmente realizzabile ma quando si va a descrivere quel modello rispetto alle caratteristiche dei territori emergono altrettanto facilmente tutti i limiti di una tale scelta, sia dal punto di vista economico, lo Stato si troverà a doversi far carico della gestione e dei costi degli ambulatori e di tutti i fattori di produzione compreso il personale, che assistenziale se si ipotizza un



rapporto tra medici e pazienti di uno a 5-6 mila, con il cittadino che molto probabilmente dovrà fare molti più chilometri per trovare un medico, che non ha scelto, e tra questi i soggetti anziani e fragili che dovranno limitare i contatti con il medico di cure primarie, riducendo in questa maniera quella sorveglianza continua tipica della medicina di famiglia.