

Come è noto la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ha recentemente avviato alcune audizioni sul tema **“Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell’epoca post-CoViD”** indubbiamente resesi necessarie per la consapevolezza generale che l’anello debole dello scenario pandemico generale si sia rivelato essere proprio la medicina territoriale, che ha nella medicina generale convenzionata la sua attrice protagonista.

A tale proposito, da medico di medicina generale, mi ha particolarmente interessato per la sua impostazione e per i suoi contenuti, l’audizione della FIMMG, di cui lei ha anche pubblicato il testo integrale, sulla quale vorrei fare alcune considerazioni, ringraziandola allo stesso tempo per l’opportunità che lei offre a chi diversamente non potrebbe essere “audito” e che però rappresenta altri punti di vista della stessa categoria, non certamente rappresentata interamente da questo o da quell’interlocutore, e che nello specifico rappresenta, formalmente, poco più del 50% di tutti i mmg italiani.

A tale proposito terrei a far notare alla politica, che sulla scorta dell’ultimo aggiornamento pubblicato dal Ministero della Salute in data 18 dicembre 2020 (Annuario Statistico del SSN. Anno 2018) i mmg in Italia sono 42.987, mentre sulla scorta delle ultime rilevazioni SISAC (Medicina Convenzionata. Rilevazione 01.01.2019 pubblicata il 10.12.2019), il numero totale dei mmg iscritti a sindacati è di 37.692 unità, rimanendo quindi fuori dalla rappresentatività del suddetto sindacato, accreditato per 23.811 deleghe, 13.881 mmg afferenti ad altri sindacati e 5.295 mmg non sindacalizzati per un totale di 19.176 mmg. Pertanto l’audizione di una sola parte della medicina generale italiana potrebbe essere fuorviante dei reali orientamenti della base.

Detto questo, e prima di entrare nel merito dell’audizione, come leggerà, poco condivisa da parte mia, è di tutta evidenza come il discorso del sindacato audito dia l’impressione di aver principalmente voluto allontanare dalla mente degli “auditori”, ove presente, l’idea del passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale (mmg) che sempre più prepotentemente sta emergendo e viene auspicato da una crescente quota di mmg (direi non più trascurabile da parte dei decisori ormai), come da parte di numerosi fra amministratori, sindacati, politici, opinion leader, studiosi, tecnici e quant’altri.

L’idea aleggiava già da diversi anni in verità, ma la necessità di ristrutturare la medicina territoriale, anche dal punto di vista contrattuale, l’ha definitivamente messa in evidenza la pandemia da SARS-CoV-2 che ha slatentizzato i suoi gravi limiti in termini di requisiti organizzativi, strutturali (gli studi professionali), di governo, e pertanto funzionali, proprio a causa della natura del rapporto convenzionato che mal si coniuga con tali requisiti, convincendo così tutti i succitati addetti ai lavori della necessità ed indifferibilità di questo radicale cambiamento; mai come in questi ultimi mesi si erano alzate tante voci pro-dipendenza degli operatori delle cure primarie, mmg in primis, sui diversi canali di informazione.

Ma il relatore, lì dove mi sarei atteso che fondasse il suo intervento sull’analisi del cosa (... e del perché) non ha funzionato nel corso della pandemia e che esprimesse la visione del sindacato relativamente al potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale **“nell’epoca post-CoViD”** come richiesto dall’audizione, ha riservato a questo tema solo alcune marginali considerazioni ponendo a tale proposito ulteriori quesiti piuttosto che suggerimenti o soluzioni ... *“può diventare oggi motivo di discussione se un contratto convenzionato debba prevedere un modello operativo per situazioni di emergenza sanitaria come una pandemia, in modo da avere un riferimento immediato e chiaro sul chi fa 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".*

Il corpo principale del discorso è stato invece incentrato sulla riproposizione di proposte/modelli "dell'epoca pre-CoViD", quelli per la gestione delle cronicità in sostanza, che denotano il non aver preso atto delle criticità di fondo emerse nel sistema della medicina territoriale **durante la pandemia CoViD**; pertanto un discorso finalizzato esclusivamente a mantenere e consolidare le posizioni acquisite con il modello convenzionale attuale che d'altra parte, datato ormai 40 anni, è il padre di tutte le criticità emerse.

Dal testo del documento non emerge purtroppo niente di nuovo per l'epoca post-CoViD leggendosi di un modello basato sui soliti capisaldi di quel sindacato e su alcune "novità" che se mai fossero implementate sarebbero a mio parere se mai peggiorative rispetto allo status quo. Nell'insieme dei punti toccati ne avrei individuati alcuni sui quali vorrei singolarmente esporre il mio punto di vista: 1) valutazioni demografiche, oro/geografiche e di insostenibilità economica, 2) dotazione tecnologica, 3) microteam, 4) riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, 5) scelta fiduciaria del cittadino, 6) armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i mmg e quello dei mmg, 7) autonomia del mmg, 8) medicina generale e dipendenza pubblica:

- 1) **Valutazioni demografiche, orogeografiche e di insostenibilità economica**: dall'incipit dell'audizione *"L'analisi della popolazione italiana per età, distribuzione sul territorio, prevalenza per patologie, aspettativa di vita rende necessaria una rivisitazione del SSN"*, e quindi da una situazione che di fatto identifica il nostro territorio e la nostra popolazione da sempre, si fa derivare la necessità di rivisitare (oggi?) il SSN tarando gli interventi sulla cronicità e passando dalla medicina d'attesa a quella di iniziativa; di fatto la riproposizione di una necessità nota da tempo e che tutti conosciamo benissimo. Quindi niente di nuovo da questo punto di vista. Ma quello che rappresenterebbe una novità, in negativo a mio parere, è che atteso che il 17% della popolazione italiana (poco più di 9 milioni) vive in paesi con meno di 5000 abitanti sul 50% di tutta la superficie del territorio italiano, per non penalizzare questa parte della popolazione si voglia organizzare un modello gestionale elementare adattato a tale realtà che debba poi essere "moltiplicato" per gestire la salute del "restante" 87% che vive in aree a più alta densità abitativa (poco più di 50 milioni)! Difficile anche solo pensare ad un modello così flessibile da poter essere adatto tanto al paesello di poche migliaia di abitanti quanto alla grande città metropolitana. Ma così non è come vedremo. E comunque avrei trovato più logico partire da un modello gestionale per l'87% della popolazione (la massa critica) da adattare se possibile al 17% o, perché no, a due modelli diversi;
- 2) **Dotazione tecnologica**: irrinunciabile secondo il relatore, *"anche a proprio carico"*, affermazione alquanto sibillina che prelude ad ennesime iniquità fra colleghi, forse perché i 235 milioni di euro stanziati per tale destinazione d'uso si vanno già perdendo in tanti rivoli, ma anche perché sarà verosimilmente attribuita ai mmg delle forme associative più o meno complesse come si è avuto modo di leggere da alcune anticipazioni. Gli altri resteranno fuori e dovranno acquistare in proprio la strumentazione? Non la vedo come una grande conquista. Anzi! Uno sguardo corto si fermerebbe alla grande opportunità data dall'attribuzione "statale" della dotazione tecnologica, ma guardando più in là, trattandosi di medici convenzionati, ben altre implicazioni comporterebbe tale attribuzione tra i medici assegnatari e quelli che dovranno acquistarla in proprio per essere competitivi, per non parlare della regolamentazione e controllo di tali prestazioni quali, immagino, ulteriori "prestazioni

di particolare impegno professionale". Ben diverso sarebbe se l'investimento lo Stato lo facesse per sé stesso ad uso da parte dei "propri" medici come avviene in quei paesi europei dove il mmg è dipendente;

- 3) **Microteam**: proposto come la svolta organizzativa epocale della medicina generale, questo team formato da mmg, infermiere e collaboratore di studio, rappresenterebbe l'unità organizzativa elementare per tutti i mmg sia in forma associata che non, tarata in primis sulle esigenze del famoso 17% della popolazione. Ma nel ricordare che trattasi di un modello vecchio perché già previsto dall'ormai antico ACN MG 2004-2005 all'art. 54, di cui non tutti i mmg hanno potuto avvalersi per la mancanza di fondi (generando oltretutto una insopportabile disuguaglianza fra i medici che hanno avuto l'opportunità di assumere il personale e quelli che no), il c.d. microteam si è distinto per gli enormi problemi organizzativi che ha determinato nella sua declinazione associativa. Infatti, mentre il microteam può essere senza alcun dubbio una buona soluzione per il mmg che lavora da solo, per esempio quello dei paesini dai 2.000 abitanti in giù (6% della popolazione) o quello che lavora in forme associative che non condividano una sede unica quali quelle "in rete", non lo è altrettanto per quel mmg che lavora e sempre più lavorerà in quelle forme associative complesse a sede unica quali le medicine di gruppo (comunque denominate: CPT, UTAP, etc.), che sono invece quelle che dovrebbero prestare assistenza alla stragrande maggioranza dei cittadini atteso l'orientamento del Governo verso l'implementazione delle Case della Salute o di Comunità che dir si voglia. Perché se è vero che il principio fondamentale delle forme associative, sancito nell'ACN all'art. 54, comma 4, lettera g) è che *"[...] ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere [...] la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima [...]"*, se è anche vero che l'art. 54 comma 9 lettera "d" ammette *"l'utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno"*, è altresì vero che le norme di legge in materia di lavoro vietano che i dipendenti di un determinato datore di lavoro (il mmg in questo caso) possano lavorare contestualmente per altri che non siano il proprio datore di lavoro (fatto che si configura prestando assistenza ad un assistito di un altro medico). Inoltre è successo che in quei casi in cui il rapporto "datore di lavoro-proprio dipendente" sia stato interpretato rigidamente (secondo Legge quindi), si sono venute a creare dinamiche assolutamente incompatibili con la visione e missione della forma associativa complessa (le forme associative si sono trasformate in meri condomini, con i pazienti reindirizzati al proprio medico o al personale del proprio medico, ad onta delle premesse convenzionali!). Quindi situazioni ad altissimo rischio per il medico "in gruppo" schiacciato "fra l'incudine e il martello": da un lato, il venir meno degli obblighi convenzionali nel caso del medico che non consenta al suo personale di lavorare anche per gli assistiti degli altri medici, dall'altro, ove il medico a suo rischio e pericolo condivida con i colleghi l'opera dei suoi dipendenti, la possibilità concreta di sanzioni da parte dell'Ispettorato del Lavoro e/o di vertenze da parte del personale assunto da altri medici. Tali modalità, spesso diversamente interpretate anche all'interno di uno stesso gruppo, ne hanno determinato in molti casi lo scioglimento, in altri l'istaurarsi di contenzioso legale fra gli associati, in altri ancora condizioni umane e lavorative ai limiti della sopportazione. In molti casi si è dovuto ricorrere ad artifici come la costituzione di società (coop in primis) che, piuttosto moltiplicatrici di incombenze, non hanno certo semplificato la vita dei medici, né risolto mai del tutto le problematiche di cui sopra, ingenerando ulteriore aggravio gestionale e delle spese per la professione già di per sé molto elevate. E se per un attimo dimenticassimo tutti i paradossi, i rischi e le complicazioni appena descritte, cosa sarebbe più antieconomico per lo Stato ... dotare ciascuno dei 40.000 mmg convenzionati italiani di un infermiere e di un collaboratore di studio o il costo del

personale nel modello della dipendenza che invece consentirebbe economie di scala che il microteam per tutti i mmg convenzionati non consentirebbe di certo? E dove si troverebbero 40.000 infermieri per i microteam della medicina generale lì dove non se ne trovano già adesso, ed in particolare non se ne trovano in ragione dei contratti che può offrire la medicina generale (il giovane infermiere non appena trova un contratto pubblico scappa!)? Per tutto quanto descritto è evidente che il microteam non può funzionare nel modello delle forme associative complesse della medicina generale convenzionata, e piuttosto che rilanciarlo in grande scala avrei ritenuto più opportuno evidenziare tra le necessità indifferibili "dell'epoca post-covid": a) trovare il modo di salvare le forme associative dalle criticità gestionali appena descritte, b) trovare il modo di salvare le forme associative dallo scioglimento dovuto alla difficoltà di ricostituire in tempo utile il numero dei componenti sceso sotto il numero minimo previsto (per es. a causa dei pensionamenti) per via di norme farraginose e contraddittorie. Insomma piuttosto che la "cronaca di una morte annunciata" (perché il problema è noto da almeno 10 anni e nulla si è fatto per porvi rimedio), azioni per evitarla, perché l'epoca post-CoViD ha un enorme bisogno di efficienti e sempre più numerose forme associative;

- 4) **Riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base:** nel ricordare che la quota capitaria, è la madre di tutti gli sprechi di denaro pubblico, perché mina alla base l'appropriatezza delle azioni e la funzione di gate-keeping del mmg non infrequentemente sotto lo scacco della facile ricusazione da parte dei pazienti, nel ricordare ancora che uno stipendio unicamente collegato alla quota capitaria lascia spesso medici con remunerazioni da fame anche per molti anni (mentre ad es. nel SSN spagnolo 85% è salario e 15% quota capitaria), non bastasse, ancora una volta si propongono meccanismi che continuerebbero, come succede per le indennità per il personale di studio, a perpetrare le iniquità fra i mmg questa volta addirittura sulla quota capitaria "*... diventa necessario il suo incremento verso quei medici che operando in microteam o nelle forme complesse che ne derivano, realizzino obiettivi di assistenza e presa in carico concordati e verificati*". Non credo di poter essere smentito affermando che non c'è mmg in Italia che non aborrisca il meccanismo della quota capitaria, figurarsi poi se incrementata da premialità collegate a obiettivi che una parte dei mmg non potrà neanche realizzare perché non potrà essere messa nelle condizioni di realizzarne le premesse (le forme associative complesse e microteam);
- 5) **Scelta fiduciaria del cittadino:** ormai un falso mito! Se è vero che il rapporto fra cittadino e mmg inizia per scelta fiduciaria (... ma non sempre, perché sono tanti altri i meccanismi che portano alla scelta di un medico e non tutti virtuosi!), è altrettanto vero, che complice la libertà del cittadino, forse tutta italiana, di cambiare un mmg ogni mese senza neanche doverlo motivare, tale rapporto fiduciario è veramente fiduciario solo per una limitatissima percentuale di casi, assistendosi ogni giorno a ricusazioni facili il più delle volte per motivi di convenienza quali sono il certificato o il codice di priorità o la prescrizione con nota o l'esenzione ticket o la trascrizione, negata dal medico. Chi, mmg, non può ricordare di essere stato oggetto inconsapevole di centinaia di ricusazioni inspiegabili? Vogliamo oggettivare questa leggenda metropolitana andando a verificare quanti assistiti ogni mmg conserva da più di 15-20 anni; sono pochi, non è difficile! E poi per contro, quanti dei nostri assistiti riescono ad instaurare un rapporto di fiducia anche con tanti colleghi specialisti ambulatoriali o ospedalieri e vogliono ritornare sempre dagli stessi? Il rapporto di fiducia si genera fra le persone non certo grazie al rapporto di lavoro in convenzione piuttosto che di dipendenza. Ed a tale proposito, soccorre ancora il modello spagnolo, dove ancorché assegnati inizialmente d'ufficio

ad un determinato medico del centro medico più vicino, i pazienti possono comunque successivamente cambiare medico se non soddisfatti, e solo dopo opportuna motivazione;

- 6) **Armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i mmg e quello dei mmg:** non bastasse il caos e la ingovernabilità dell'ambito della medicina generale per le caratteristiche proprie del rapporto di tipo convenzionato, e non bastassero tutti i limiti di efficienza e di efficacia che questo ha ormai messo a nudo, il relatore enuncia *“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”*. Bene, a parte la complessità del concetto esposto, il solo pensare di dover far armonizzare diversi rapporti convenzionali fra di loro per far funzionare un sistema unico, mi induce perplessità se non preoccupazione. La condizione di libero professionista convenzionato e parasubordinato già costringe il mmg ad una serie di difficili equilibrismi per poter lavorare in relativa tranquillità, figurarsi doversi interfacciare con altre figure a loro volta convenzionate. Ma ci immaginiamo ad es. un reparto ospedaliero dove medici, infermieri, OSS, amministrativi e quanti altri avessero ognuno per la propria categoria un rapporto di lavoro convenzionato e per di più senza alcuna gerarchia che governi il funzionamento del sistema?
- 7) **Autonomia del mmg:** nell'audizione il sindacato sostiene che l'autonomia del mmg garantisce il rapporto fiduciario con il paziente e la personalizzazione delle cure quali elementi tipici della medicina generale, mentre la trasformazione del modello contrattuale porterebbe verso la standardizzazione delle cure. A mio parere ancora dei falsi miti. Del rapporto fiduciario abbiamo detto e per quanto alle cure, tra linee guida, confronti inter pares, etc... è invece auspicabile che si vada verso cure che siano standardizzate perché condivise dalla comunità scientifica ed allo stesso personalizzate sulle caratteristiche del paziente e della sua espressione patologica, non certo in base al tipo di rapporto di lavoro del medico. Ed è poi un dato di fatto che la prima limitazione dell'autonomia del mmg provenga proprio dai pazienti, con le loro pretese spesso inappropriate e ormai senza soluzione di continuità temporale, perché armati del potente strumento della facile riacquiescenza. Né ci si è potuti esimere da obblighi non contrattualizzati quando recentemente Stato ed alcuni sindacati (senza consultare la base) hanno dimostrato di poter modificare l'ACN *“sic et simpliciter”*, per es. per inserire le nuove mansioni di cui tutti sappiamo. Quindi anche quello dell'autonomia appare una prerogativa superata;
- 8) **Medicina generale e dipendenza pubblica:** l'audizione termina con alcune considerazioni finalizzate a ribadire la notoria contrarietà del sindacato all'ipotesi dipendenza per il mmg mettendo in guardia lo Stato sui limiti economici dell'operazione-dipendenza *“... 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”*. Personalmente ritengo che debba essere preoccupazione dello Stato quella di decidere quale sia il miglior rapporto costo-beneficio per i cittadini, valutando per es. se riconvertire quelle strutture abbandonate di cui ogni comune italiano, finanche il più piccolo, dispone, e il cui stesso abbandono è di per sé un costo, per ospitarvi le Case della Salute con personale dipendente, piuttosto che avvalersi di un sistema di assistenza primaria allocato in studi inadatti spesso anche solo per l'attività ordinaria! Ma gli ammonimenti si sono estesi anche ai limiti assistenziali del mmg dipendente *“... 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 delle cure primarie ...",* visione soggettiva sia nell'ipotetico rapporto numerico che del probabile aumento delle distanze fra medico e pazienti. D'altra parte soccorre ancora il modello SSN pubblico spagnolo o anche portoghese, dove i mmg sono dipendenti, per verificare quanto queste preoccupazioni siano senza alcun fondamento.

**Antonio Infantino**