

di Giuseppe Montenegro

*Medico di famiglia, Dirigente SMI*

Eliminare la quota capitaria per togliere all'utente-assistito l'arma del ricatto

## SUDDITANZA PSICOLOGICA DEL MEDICO

L'altra sera, errando nell'immenso universo di Internet, mi è capitato di leggere un articolo scritto da Gianvincenzo Omodei Zorini (1949 - 1997), medico, giornalista, scrittore

Venivano chiamati "clienti" quelli che oggi più urbanamente si chiamano "pazienti"; certo è che il medico condotto era lui "paziente" coi "clienti", mentre il medico-burocrate di oggi è invece proprio diventato "cliente" (nel senso latino di "tributario", "dipendente") dei suoi "pazienti", dal momento che spesso obbedisce loro in servile ossequio...

Perché il medico "obbedisce" all'utente? Sì, l'utente, cioè colui che usufruisce di un servizio pubblico. Le risposte possono essere due: una vera ed una giustificativa.

La risposta giustificativa è frutto di "struzzagine": comportarsi come lo struzzo.

La risposta vera è quella di riconoscere che per tanti anni abbiamo subito un sistema che ci ha annichito piuttosto che tutelarci nella quotidiana attività professionale. Siamo diventati un comodo parafulmine, un mezzo per soddisfare bisogni inesistenti e, nello stesso tempo, siamo diventati responsabili di avere soddisfatto inutili bisogni, sperperando risorse necessarie ai malati.

Abbiamo subito un sistema. Perché? La risposta è sempre la stessa. La quota capitaria. L'essere condizionato dal contare le teste in ca-

rico per quantizzare i compensi. Tante teste tante pagnotte. Il fine di avere più teste giustifica i mezzi con i quali aumentarle e mantenerle nel numero.

Ecco perché il medico-burocrate obbedisce all'utente.

Proviamo allora a rimuovere questa causa, per togliere all'utente-assistito l'arma del ricatto (sudditanza psicologica del medico) che ingenera una cascata di scompensi, oltre ad essere fattore determinante nella genesi del born-out del medico di assistenza primaria.

Possiamo pensare alla dipendenza, ma lieviterebbero i costi per il SSN e molti colleghi non rinuncerebbero alla figura di libero-professionista del medico di assistenza primaria. Oltre al rischio per l'Enpam di vedere emigrare capitali considerevoli a favore di un altro ente.

Possiamo pensare alla coincidenza di ottimale e massimale. Ma sarebbe difficile mantenere la stessa retribuzione ai massimalisti dovendo abbassare il massimale. Non sarebbe equo.

Ho pensato, quindi, a trasformare la quota capitaria in quota oraria. La retribuzione non sarebbe più legata agli assistiti in carico, ma al carico di ore contemplato dall'attività di

assistenza primaria. Dunque ore di apertura dello studio, ore necessarie per le visite domiciliari, ore necessarie all'aggiornamento, ecc...

Si tratterebbe di equiparare 1000 assistiti (rapporto ottimale) con 38 ore. In tale equiparazione si dovrà tenere in debito conto che il medico mette a disposizione del SSN una struttura organizzativa con dei costi e delle responsabilità gestionali.

La trasformazione della quota capitaria in quota oraria non determinerà un danno per i massimalisti, poiché sarà riconosciuto l'equivalente massimale in ore. Permetterà al medico di riappropriarsi del suo potere decisionale clinico-prescrittivo ed organizzativo, anche alla luce delle nuove necessità gestionali dello studio medico per affrontare le cronicità.

Il nuovo sistema di retribuzione permetterebbe di ridurre la sottoccupazione nell'assistenza primaria, oltre a favorire la corretta applicazione delle regole per l'attuazione di un possibile ruolo unico. Infatti, avendo come scopo, superata una fase di transizione, il raggiungimento di un numero di ore pari per tutti i medici, si distribuiranno le ore, resesi libere per pensionamenti o altro, ai soggetti con un numero di ore non equiparabili a 1000 assistiti.

Si potrebbe ipotizzare che il compenso per le quote ore possa essere rappresentato dalla somma delle attuali voci: assegno individuale, quota capitaria, quote per >75 anni e <14 anni. Questa sarebbe la quota fissa del compenso.

La quota variabile, e quindi incentivante, potrebbe essere rappresentata dalle attuali voci comprese nel fondo a riparto, nel fondo regionale (forme associative e collaboratore di studio), ADP, ADI.

Lo studio medico diverrebbe sede di servizio sanitario, anzi SERVIZIO SANITARIO dove il MMG assicurerebbe la Medicina di iniziativa basata sulla prevenzione e sulla educazione sanitaria.

La medicina di iniziativa si svolgerebbe attraverso gli ambulatori dedicati alle cronicità più incidenti (diabete mellito, I.A. e mm. cardiovascolari; BPCO; ecc...). Sede ideale, ma non condizionante, per la medicina di iniziativa sarebbe la medicina di gruppo.

Il Medico organizzerebbe quindi in maniera diversa la sua attività clinica, non più assillato dall'esigenza di soddisfare, nella maggior parte dei casi, pseudo-bisogni dell'utenza o di trascrivere, pedissequamente, ricette di specialisti o di assecondare richieste di inutili certificati, ecc...

A questo punto sarebbe necessario fare dei conti, che vi risparmio ma che, per chi ne ha voglia, possono essere visionati nella stesura completa dell'ipotesi.

Una semplice modifica cambierebbe completamente il modo di attuare l'assistenza primaria, innescando un circolo virtuoso, sol perché si invertono le parti decisionali e si riconsegna al MMG il suo legittimo ruolo.

Qualcuno si chiederà: ed il rapporto di fiducia? Esisterà sempre e non occorrerà registrarlo. La fiducia non

necessita di alcuna registrazione o validazione. Sinora si è fatto perché il sistema lo richiedeva. Quando c'era la notula, forse che non esisteva il rapporto di fiducia?

Altro legittimo dubbio: la libera scelta non esisterà più?

Mettiamoci d'accordo sul significato di libera scelta, tralasciando gli equilibri della giurisprudenza (libera scelta nella disponibilità dell'organizzazione sanitaria).

Concordiamo nel dire che la libera scelta si ha quando non ci sono limitazioni di sorta? Diciamo allora che, oggi, al cittadino è permessa una "libera scelta con limitazione". Mi riferisco all'assistito che vorrebbe, oggi, scegliere un medico massimalista o un medico con una quota individuale limitata. Per questo cittadino non c'è la libera scelta, poiché non può scegliere chi vuole. La eliminazione della quota capitaria annullerebbe questa ineguaglianza.

E poi, a chi pensa che in questo modo l'assistito girerebbe per i vari studi medici, si potrebbe fare notare che anche questo è un falso problema. Oggi, grazie all'informatica e ad un pizzico di buona volontà nel rendere funzionale e fruibile la tessera sanitaria (card sanitaria), contenente tutti i dati sanitari riguardanti l'assistito, il medico saprebbe bene come gestire il caso.

Quella tessera, se all'origine (1979-80) ebbe per il medico la valenza di "legarsi" l'utente-assistito, nel tempo è diventato il suo cappio. Non dimentichiamo che in quegli anni, con l'introduzione generalizzata della quota capitaria (l'INAM operava a quota capitaria, gli altri Enti per notula) bisognava limitare i danni ai medici che avevano in carico oltre 3.000 clienti. Così fu partorito l'illlogico massimale di 1800, poi ridotto a 1500.

In conclusione la eliminazione della quota capitaria permetterebbe di:

- togliere all'utente-assistito l'arma del ricatto verso il medico,
- dare al MMG il potere decisionale senza ricatto da parte dell'utente-assistito,
- rimodulare e riorganizzare il tempo per attuare la medicina di iniziativa,
- generare un circolo virtuoso con risparmio di risorse umane, professionali ed economiche, con possibile riutilizzo delle risorse risparmiate per migliorare ed ampliare i servizi,
- assicurare al medico una retribuzione fissa per il tempo, la professionalità e l'organizzazione,
- fare avere al medico incentivi economici legati alla maggiore professionalità (vera concorrenza professionale),
- ridurre la sottoccupazione medica nell'assistenza primaria (altro motivo di insana concorrenza),
- favorire l'attuazione del ruolo unico,
- rimodulare il rapporto ottimale,
- utilizzare un sistema retributivo già collaudato (specialistica interna, continuità assistenziale), scevro da condizionamenti e ricatti,
- mantenere per i medici i compensi in atto percepiti,
- mantenere l'attuale rapporto libero-professionale,
- permettere al cittadino la vera libera scelta,
- mantenere per il SSN i costi in essere per la retribuzione del medico,
- ridurre i costi indotti dalla quota capitaria e rappresentati da quelle ore lavorative dei vari uffici preposti alla gestione degli elenchi assistiti, (anagrafe comunale, anagrafe ASP) oltre ai vari contenziosi di mancata o ritardata comunicazione ai medici delle variazioni intervenute.