

Fabrizio Cossutta

Dal Livro Azul al Libro Azzurro. Come il modello portoghese può ispirare il rinnovamento della medicina di famiglia in Italia.

Il 26 settembre scorso è stato presentato a Padova il [manifesto “Verso il Libro Azzurro”](#), un documento redatto a più mani con l’ambizione di promuovere una riforma delle cure primarie e della medicina generale italiana. **Il titolo del manifesto rimanda al *Livro Azul* (titolo originale: [“Um futuro para a Medicina de Família em Portugal”](#))**, un documento elaborato nel 1990 da un gruppo di medici di famiglia portoghesi e composto da concetti teorici, principi e idee-chiave per rispondere fondamentalmente a due domande:

- come organizzare cure primarie efficienti e garantire la qualità dei servizi erogati?
- qual è il ruolo delle cure primarie all’interno del sistema sanitario nazionale?

La risposta a queste due semplici domande ha permesso, nel corso dei 15 anni successivi, di trasformare un sistema arretrato e ingiusto in una rete di unità funzionali dotate di autonomia organizzativa, capaci di adattarsi alle necessità del territorio e che han permesso di contenere efficacemente la prima ondata di COVID 19.

La riforma, dal Livro Azul ad oggi

Il sostegno politico che ha legittimato la riforma delle cure primarie portoghesi si concretizzò nell’ottobre 2005 con la creazione della [“Missão para os Cuidados de Saúde Primários”](#), una *task-force* costituita presso il Ministero della Salute con l’obiettivo di riconfigurare le cure primarie esistenti e stimolare la creazione delle **Unità della Salute Familiare** (*Unidades de Saúde Familiar - USF*).

Seppur in numero esiguo, **il modello USF già esisteva nel territorio dal 1996**, quando vennero create le cosiddette unità pilota del “progetto alfa”, Case della salute composte da medici, infermieri e amministrativi che decisero spontaneamente di formare un’équipe e lavorare assieme.

In cambio di maggior autonomia organizzativa e tecnica, questi centri dovevano garantire maggior accessibilità per la popolazione (orario di funzionamento allargato, possibilità di prenotare un appuntamento dalle 08:00 alle 20:00 dal lunedì al venerdì, risposta in giornata a problemi acuti di salute) e dovevano dimostrare, dati alla mano, di erogare **maggior e miglior assistenza sanitaria**. Per far ciò, tutti gli anni veniva stipulato

per iscritto un contratto con il Distretto, dove venivano definiti obiettivi di miglioramento delle cure erogate e la metodologia per raggiungerli, un procedimento chiamato contrattualizzazione interna (*contratualização interna*).

Successivamente, nel 1999, venne proposto alle “unità alfa” l’adesione ad un regime remunerativo sperimentale (*Regime Remuneratório Experimental - RRE*), che prevedeva una remunerazione mista, con un salario base inferiore e un premio variabile in base ai risultati ottenuti e dimostrati (*pay-per-performance*)[1].

Con la riforma del 2005, questo modello di Casa della salute venne generalizzato e le prime USF verranno inaugurate un anno dopo, nell’autunno del 2006.

Legalmente esistono tre tipologie di USF:

Il **modello A** è considerato un modello di iniziazione e transizione, costituito da professionisti che stanno modificando la propria forma di lavorare da una pratica individualista a una pratica di gruppo e si stanno familiarizzando con il processo di contrattualizzazione interna. [La retribuzione base è fissa, si basa sulla tipologia di contratto ed è uguale ai colleghi ospedalieri.](#) In caso di raggiungimento degli obiettivi formalmente definiti con la contrattualizzazione interna esiste la possibilità di richiedere l’acquisto di attrezzature cliniche oppure di realizzare miglie strutturali (*incentivos institucionais*).

Il **modello B** è formato da professionisti la cui pratica di gruppo è consolidata ed è stata confermata dall’amministrazione regionale attraverso uno o più audit, e che riceve una remunerazione mista, solitamente più alta rispetto al modello A e che può arrivare a circa 7200€ lordi al mese per i medici, con un salario base fisso e un premio variabile a seconda dei risultati ottenuti nel processo di contrattualizzazione interna e di alcune attività specifiche (ad esempio - ogni consulto al domicilio viene retribuito 30€ fino ad un massimo di 600€ al mese).

Il **modello C** non è mai entrato in vigore e sarebbe servito per colmare in una fase iniziale le lacune nell’offerta di cure primarie da parte del sistema sanitario portoghese, e avrebbe permesso a cooperative e privati di offrire servizi di cure primarie alla popolazione di aree geografiche particolarmente carenti in termini di offerta.

Attualmente, tutti i medici, infermieri e tecnici amministrativi che non fanno parte di una USF sono riuniti in una o più Unità Assistenziali Personalizzate (*Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP*), unità funzionali con struttura identica ma con un rapporto più sfavorevole tra medici, infermieri e tecnici amministrativi, in genere

caratterizzate da una pratica più individualista, un maggior numero di assistiti con una percentuale considerevole di pazienti senza medico curante, dall'assenza della figura dell'infermiere di famiglia e con minori esigenze dal punto di vista burocratico e di *governance* clinica.

USF - dalla teoria alla pratica

Il primo passo per la creazione di una USF consiste nella [candidatura](#), momento in cui l'équipe assume formalmente il suo impegno con l'amministrazione regionale.

Una volta ottenuto il parere favorevole, il Distretto procede a trasferire i pazienti dall'unità funzionale di partenza alla USF, e eventuali esuberanti vengono trasferiti e iscritti nella UCSP più vicina. Il numero di assistiti è variabile, con un minimo di 1917 unità ponderate[2] per ogni medico a un massimo di 2358. I cittadini possono richiedere l'iscrizione in una determinata unità funzionale indipendentemente dalla distanza geografica, ma l'esistenza sul territorio portoghese di circa 700 mila persone senza medico attribuito e lunghe liste d'attesa limita molto la libertà di scelta.

Ogni USF è formata da medici di medicina generale, infermieri e tecnici amministrativi. L'équipe è suddivisa a sua volta in team più piccoli, formati da un medico, un infermiere e teoricamente un tecnico amministrativo, ma attualmente impossibile dopo anni di *spending-review* e della regola "2 a 1"[3] che ha decimato quest'ultima categoria professionale rendendola l'anello debole di tutto il sistema. L'accesso ai servizi erogati dalle USF è riservato ai cittadini iscritti, con lista d'attesa per le nuove iscrizioni con l'eccezione di neonati figli di pazienti iscritti oppure gestanti e minorenni parenti di 1° grado di pazienti iscritti.

L'orario di funzionamento è dal lunedì al venerdì, dalle 08:00 alle 20:00. Nelle grandi città, durante il fine settimana esistono centri con servizi di guardia medica diurna, mentre durante l'orario notturno rimangono aperti solamente i pronto-soccorso. Fuori dai grandi centri urbani esistono servizi di guardia medica con orario allargato e a volte con orario notturno.

Tutti i lavoratori della USF sono dipendenti pubblici, il cui contratto viene stipulato dopo aver vinto un concorso pubblico. Gli orari di lavoro e i salari sono definiti in base alla categoria professionale: 40 ore settimanali per la maggior parte dei [medici](#), 35 ore per [assistenti amministrativi](#) e [infermieri](#). Nelle USF i turni di lavoro sono definiti *inter-pares* e approvati dall'équipe e convalidati dal direttore esecutivo del distretto.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, esistono ogni anno due concorsi

d'ingresso e un concorso di mobilità che permettere di cambiare di distretto o amministrazione regionale.

A differenza delle cure primarie italiane, compete a medici e infermieri di medicina generale seguire gestanti e puerpere, gestire la cronicità e multimorbilità, offrire servizi di pediatria e ginecologia di base, collocare spirali e innesti contraccettivi e realizzare lo screening del cancro del collo uterino.

Dal 2020 i servizi erogati sono esenti dal pagamento di ticket (*taxa moderadora*^[4]), e dal 2021 saranno esenti pure gli esami realizzati nelle cliniche convenzionate richiesti dai medici di famiglia e realizzati negli ospedali in seguito ad una derivazione. L'accesso al pronto soccorso continuerà ad avere un ticket del valore di 18,5€, e rimarranno in vigore le categorie d'esenzione previamente in vigore^[5].

Tutte le attività svolte sono accompagnate da un registro informatico, il che permette la raccolta di dati statistici (ad esempio, numero di visite realizzate ma anche tempo d'attesa medio per una visita specialistica), anagrafici e di performance dei singoli team e dell'équipe. Attualmente esistono [centinaia di metriche di performance](#), alcune delle quali vengono utilizzate per definire obiettivi di contrattualizzazione interna con il distretto.

Le attività svolte dal medico sono codificate usando la classificazione internazionale ICPC-2, il che permette ad esempio di [pianificare l'offerta assistenziale in base al numero di episodi associati a problemi respiratori](#).

Dal 2017, alcuni meta-dati sono [disponibili online e di dominio pubblico](#), e permettono il *benchmarking* tra differenti Distretti e USF.

Aggiornamento COVID19 - é necessario reinventarsi di nuovo.

Sono passati soli tre mesi dal [precedente articolo sulla COVID19 in Portogallo](#) ma é già evidente come la risposta messa in atto sia stata a lungo termine [un'arma a doppio taglio](#) - se é vero infatti che ha permesso di alleggerire l'impatto su ospedali e reparti di medicina intensiva, nel gestire oltre il 95% dei casi COVID i medici di famiglia hanno dovuto sacrificare gran parte del proprio tempo lontano dal *core* della loro attività - la prevenzione, la gestione della cronicità / multimorbidity e servizi di salute di prossimità.

Nella Tabella 1 vengono riportati i dati relativi ai servizi erogati dai medici dell'équipe di cui faccio parte (USF Almirante, modello A dal 2018 in attesa di audit per transitare a modello B), ed é evidente la riduzione drastica dei servizi di prevenzione riferita

poc'anzi.

Tabella 1 – Servizi di medicina generale erogati, per tipologia.

TIPOLOGIA DI SERVIZIO (MEDICI)	Maggio 2019	Maggio 2020	Settembre 2020
CONSULTO ROUTINE - ADULTI	592	175	466
CONSULTO PER PROBLEMA ACUTO	468	506	461
RINNOVO RICETTE	387	347	490
CONSULTO DIABETE	63	0	11
SCREENING TUMORE COLLO DELL'UTERO	43	6	3
CERTIFICATI DI MALATTIA	96	74	92
CONSULTO E-MAIL	31	364	245
CONSULTO TELEFONICO	30	379	72
CONSULTO DOMICILIARE	25	4	4
COVID19	--	99	185
ALTRI SERVIZI	593	359	285
TOTALE	2328	2324	2302

Nonostante i casi di COVID-19 in continuo aumento, i dati di settembre mostrano - seppur timidamente - un tentativo di inversione della rotta, limitato probabilmente dalle insufficienti condizioni edilizie della maggior parte degli edifici adibiti a USF, con conseguente incapacità di aumentare il numero di visite, nel rispetto del distanziamento necessario nelle sale d'attesa.

Ancora é presto per poter dire quale sarà la risposta corretta a questa seconda

ondata, ma è indiscutibile che il suo successo dipenderà ancora una volta da una medicina generale forte, indipendente, capace di collaborare con il dipartimento di igiene nella gestione dei casi di COVID senza perdere di vista la gestione della cronicità, mantenendo il contatto con le loro comunità.

Nella **Figura 1** viene riportata l'evoluzione di Covid-19 in Portogallo e il numero totale dei casi. Nella **Tabella 2**: il numero totale dei casi e dei decessi; il numero cumulativo dei casi e dei decessi per 100.000 abitanti, negli ultimi 14 giorni. Il dato è aggiornato al 1° novembre e riguarda i primi 12 paesi europei, Portogallo incluso.

Figura 1. Portogallo. Evoluzione del Covid-19, numero totale dei casi.

Aggiornato al 1° novembre. Source: [JHU CSSE COVID-19 Data](#)

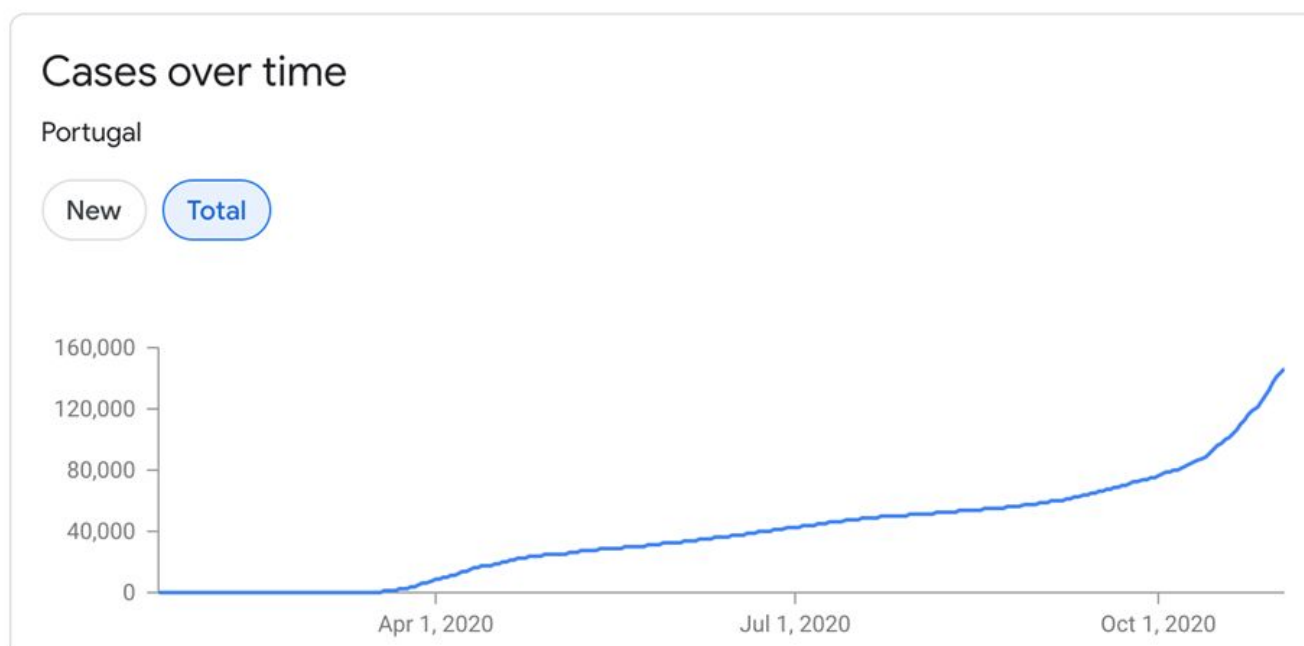


Tabella 2. Numero totale dei casi e dei decessi. Numero cumulativo dei casi e dei decessi per 100.000 abitanti, negli ultimi 14 giorni. Aggiornato al 1° novembre. Primi 12 paesi europei, Portogallo incluso. Fonte: ECDC.

EU/EEA and the UK	Sum of Cases	Sum of Deaths	14-day cumulative number of COVID-19 cases per 100 000	14-day cumulative number of COVID-19 deaths per 100 000
France	1413915	37 019	771.3	5.3
Spain	1185678	35 878	530.7	4.5
United_Kingdom	1034914	46 717	468.9	4.6
Italy	709 335	38 826	488.9	3.8
Germany	545 027	10 530	215.3	0.9
Belgium	440 923	11 737	1735.3	11.3
Poland	379 902	5 783	537.6	5.8
Netherlands	359 437	7 424	759.2	3.9
Czechia	341 644	3 429	1575.2	18.8
Romania	246 663	7 067	341.4	6.2
Portugal	144 341	2 544	432.3	3.5
Sweden	124 355	5 938	203.9	0.3

Fabrizio Cossutta (fabrizio.cossutta@arslvt.min-saude.pt), Medico di famiglia. Coordinatore della USF Almirante, ACES Lisboa Central, Lisbona. Coordinatore della *task-force* responsabile per l'accompagnamento dei casi di Covid-19 - ACES Lisboa Central.

Bibliografia

1. Al raggiungimento degli obiettivi corrispondeva chiaramente un salario maggiore.
2. Un bambino da 0 a 6 anni corrisponde a 1,5 UP, un adulto tra 65 e 74 anni 2 UP, oltre i 75 anni 2,5 UP.
3. La regola "2 a 1" consisteva nell'assumere un funzionario pubblico ogni due che smettevano di lavorare, in vigore dai tempi della *troika* e interrotta solo recentemente nell'ambito del programma di rinforzo dei servizi pubblici a causa del COVID-19. Attualmente un tecnico amministrativo gestisce tra 3000 a 4000 pazienti.
4. Anteriormente la *taxa moderadora* per un consulto presenziale era 4,5€, per un consulto al domicilio 9€, per rinnovo ricette o consulto telefonico 2,5€.
5. Minorenni, casi derivati dalla linea telefonica SNS24 o da medici di famiglia, famiglie con reddito inferiore a 653,54 euro, gestanti e puerpere, disoccupati in cerca di lavoro,

donatori di sangue, organi e tessuti, vigili del fuoco, militari e richiedenti asilo.