



QUALE FUTURO PER LA MEDICINA DI PROSSIMITÀ IN TICINO?

Michele Egloff, Fulvio Poletti, Laura Bertini e Barbara Masotti

Dipartimento sanità della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)

“Prediction is very difficult, especially about the future.”

*Aforisma attribuito, tra gli altri, a Niels Henrik David Bohr (1885 – 1962)
fisico danese che vinse il premio Nobel nel 1922*

In un’ottica proattiva, a fronte della crescente carenza di medici di famiglia in Svizzera e nel nostro Cantone, l’Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT) ha commissionato al Dipartimento sanità della SUPSI l’allestimento di uno studio volto a “fotografare” la situazione attuale della medicina di famiglia nel nostro Cantone¹ e che proponesse nel contempo un quadro di riferimento concreto per riflettere sulla situazione alla quale potremmo essere confrontati nel 2030, se non si escogiteranno delle strategie adeguate per correggere le tendenze in corso. L’analisi è stata focalizzata dapprima sul ricorso attuale ai medici di famiglia, poi sull’evoluzione demografica con i suoi risvolti epidemiologici e sulla costruzione di uno scenario “status quo” del fabbisogno futuro di medici di famiglia in Ticino nel 2030. Quest’ultimo ha reso possibile, a sua volta, la stima del numero di nuove leve che dovrebbero entrare in esercizio entro il 2030 per garantire lo standard odierno della medicina di famiglia, tenuto conto della demografia del corpo medico. A questa prima parte di natura prettamente quantitativa, ne è seguita una seconda a carattere squisitamente qualitativo basata su 4 interviste semi-strutturate a medici di famiglia ticinesi di lunga esperienza. Le interviste hanno consentito di sondare il loro vissuto e i rispettivi auspici circa il presente e il futuro della medicina generalista di prossimità, ricavandone elementi e spunti significativi per lo sviluppo di una politica che sappia sostenerla efficacemente. Nell’articolo viene presentata la sintesi dei risultati principali dello studio, che si conclude con un elenco di assi di lavoro che andrebbero considerati nella ricerca di soluzioni tese a ovviare alla prospettata penuria di medici di famiglia e a garantire una copertura medico-sanitaria di qualità anche nei prossimi decenni.

Il ricorso al medico di famiglia in Ticino oggi

Attualmente, circa 9 persone residenti nel Cantone Ticino su 10 dichiarano di avere un medico di famiglia personale dal quale si recano per la maggioranza dei problemi di salute. Una situazione questa che è perfettamente in linea con il dato nazionale. Secondo i dati più recenti disponibili, tratti dai risultati dell’Indagine sulla salute in Svizzera del 2007, quasi due terzi dei Ticinesi (64,2%) vanno dal medico di famiglia almeno una volta all’anno, mentre poco meno di un quarto (22,7%) ci va tre volte e più. Tra gli anziani di 65 anni e più residenti nel Cantone

e che vivono a domicilio, la proporzione delle persone che ha consultato il medico di famiglia almeno una volta all’anno sale a quasi quattro quinti (77,9%) [1].

Secondo i dati di santésuisse, nel corso del 2010 i medici di famiglia in Ticino hanno fatturato all’incirca un milione di visite, ciò che equivale a poco più di tre consultazioni (3,2) in media per abitante. Ma il numero medio di consultazioni annuali per abitante cresce in modo molto marcato con l’età. Se fino ai 40 anni rimane inferiore a 2, tra la popolazione di 65 anni e più supera la soglia delle 6 consultazioni a testa.

¹ Su richiesta del committente, non sono stati presi in considerazione i pediatri.

L'indagine sulla salute in Svizzera (ISS)

L'indagine sulla salute in Svizzera (ISS), viene condotta dall'Ufficio federale di statistica (UST) ogni cinque anni su un campione rappresentativo della popolazione residente in Svizzera. I risultati ottenuti forniscono un quadro complessivo dello stato di salute della popolazione e dei principali fattori che lo influenzano, del ricorso alle prestazioni del sistema sanitario e della copertura assicurativa. I dati più recenti disponibili sono quelli del 2007, mentre quelli dell'ISS 2012 sono in corso di elaborazione.

La definizione di **Medico di famiglia nell'ISS** è soggettiva, poiché dipende dall'interpretazione che ne danno gli intervistati. La definizione che è letta loro dagli intervistatori è la seguente: "... un medico dal quale va per la maggioranza dei problemi di salute".

Avvertenza: Rientrano nella definizione del campione solo le persone residenti in Svizzera, di 15 anni e più, che vivono in un'economia domestica privata allacciata alla rete di telefonia fissa. Le persone che vivono in istituzione (ospedali, case per anziani, prigionieri, conventi o caserme), come pure quelle che vivono in un'economia domestica privata priva di allacciamento telefonico non sono state finora prese in considerazione. Nel caso del presente studio concernente il ricorso al medico di famiglia i dati degli ultraottantenni risultano verosimilmente distorti (sottostimati) dal momento che non tengono conto di coloro che risiedono in casa per anziani, spesso proprio per motivi di salute.

T. 1

Ricorso al medico di famiglia nel periodo di un anno, nel 2007

	Non ha un medico di famiglia		Neanche una volta		1 a 2 volte		3 volte o più		Totale campione		Popolazione totale
	N	% pop.	N	% pop.	N	% pop.	N	% pop.	N	% pop.	N
Svizzera	2.086	12,2	4.544	26,5	6.431	36,8	4.705	24,5	17.766	100	6.186.711
Ticino	141	10,4	343	25,4	584	41,5	350	22,7	1.418	100	266.872

Fonte: Ufficio federale di statistica, Indagine sulla salute in Svizzera, anno di indagine 2007

T. 2

Numero di consultazioni e popolazione residente in Ticino per classi di età e sesso, nel 2010

Età	Consultazioni 2010			Popolazione 2010			Consultazioni per abitante 2010		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-18 anni	17.637	17.720	35.356	30.458	29.103	59.561	0,6	0,6	0,6
19-40 anni	58.169	93.479	151.648	44.427	44.474	88.901	1,3	2,1	1,7
41-65 anni	167.769	215.950	383.719	60.155	60.970	121.125	2,8	3,5	3,2
66-70 anni	46.860	55.944	102.804	8.981	10.125	19.106	5,2	5,5	5,4
71-75 anni	46.706	57.080	103.786	7.379	8.528	15.907	6,3	6,7	6,5
76-80 anni	39.982	57.295	97.277	5.200	7.177	12.377	7,7	8,0	7,9
81-85 anni	29.136	55.161	84.297	3.065	5.708	8.773	9,5	9,7	9,6
86-90 anni	18.350	42.620	60.971	1.636	3.829	5.465	11,2	11,1	11,2
91 anni e più	8.136	26.331	34.467	590	1.948	2.538	13,8	13,5	13,6
Totale	432.745	621.580	1.054.325	161.891	171.862	333.753	2,7	3,6	3,2

Fonte: Consultazioni, Pool di dati santésuisse, estrazione/estrapolazione Obsan; Popolazione, UST; elaborazione SUPSI/DSAN

Tra coloro che hanno più di 85 anni, il numero medio annuale di visite dal medico di famiglia per abitante supera la decina; quasi 14 per gli ultranovantenni [T. 2].

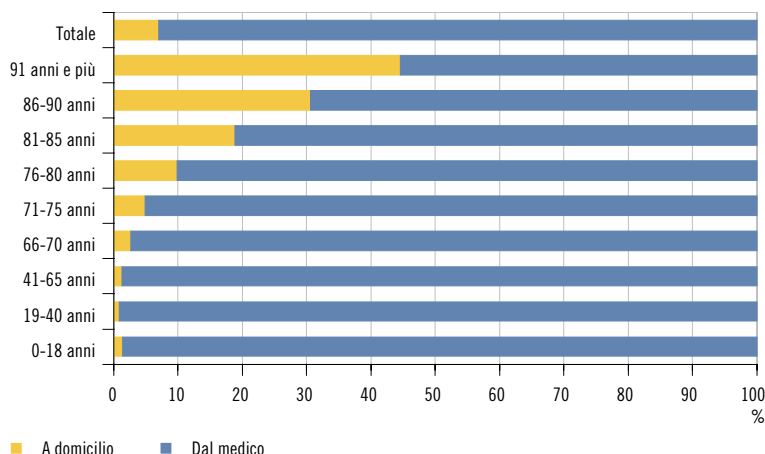
Può capitare che a seconda della situazione clinica o delle particolarità del paziente, le consultazioni siano effettuate a domicilio. Nel 2010 è stato il caso per il 7% delle stesse. Ma, anche qui, la proporzione delle visite a domicilio cresce in modo esponenziale con l'età dei pazienti [F. 1]. Circa un terzo delle visite di uomini ultranovantenni (35,9%) e quasi la metà di quelle che concernono delle donne ultranovantenni (47,3%) sono effettuate a domicilio.

Il ricorso al medico di famiglia in Ticino nel 2030

Se nei prossimi decenni il numero medio delle consultazioni annue dal medico di famiglia registrato nel 2010 per gli uomini e le donne delle diverse fasce di età considerate dovesse confermarsi, la quantità totale delle consultazioni nel corso del 2030 dovrebbe situarsi attorno al valore stimato di circa 1.350.000, 300.000 in più che nel corso del 2010: un incremento del 28%, quasi un terzo in più. Questo è un dato rilevante se si pensa che la popolazione di riferimento, nello stesso lasso di tempo dovrebbe aumentare "solo" dell'11,6%. La differenza si spiega con l'invecchiamento strutturale della popolazione, la quale tenderebbe per questo a ricorrere maggiormente al medico.

F.1

Proporzione delle consultazioni per luogo della visita e classi di età, nel 2010



Fonte: Consultazioni, Pool di dati santésuisse, estrazione/estrapolazione Obsan; elaborazione SUPSI/DSAN

Il pool di dati santésuisse

Il conteggio delle consultazioni utilizzato nello studio provengono dal pool di dati santésuisse, una banca dati creata dalla SASIS AG, una società affiliata dell'associazione mantello degli assicuratori malattie. Nel 2010, la banca dati copriva il 98% di tutti gli assicurati residenti in Svizzera e il 98,8% di quelli residenti in Ticino. I dati pubblicati nello studio sono estrapolati al 100% delle persone assicurate secondo la LAMal. Ciò significa che essi rappresentano una stima del numero totale di consultazioni.

Nello studio, una **consultazione effettuata da un medico di famiglia**, è una consultazione fatturata da un medico che rientra nelle seguenti categorie di fornitori di prestazioni: medicina generale, medicina interna, medico generico o studio medico di gruppo generalista.

Avvertenza: a causa dell'estendersi delle opzioni e del progressivo innalzamento dei limiti dell'importo della franchigia (dal 2005: 500, 1.000, 1.500, 2.000 e 2.500 franchi) è possibile che la quantità delle consultazioni delle categorie di assicurati che scelgono più di frequente la franchigia alta sia leggermente sottostimato, per il fatto che un certo numero di fatture potrebbe non essere stato inoltrato all'assicuratore qualora il loro importo totale non avesse superato la soglia che dà diritto al rimborso dei costi. Più toccati da questo fenomeno dovrebbero essere gli adulti nelle fasce d'età più giovani, in particolare se uomini (vedi i risultati di un sondaggio pubblicati sul sito del comparatore www.bonus.ch per l'anno 2009).

La proporzione delle consultazioni richieste da persone in età inferiore ai 41 anni dovrebbe scendere al 13,1% nel 2030, rispetto al 17,8% del 2010. Nel 2010, le consultazioni concernenti persone di 66 anni e più costituivano la metà di tutte le consultazioni (49,9%). Nel 2030 salirebbero al 57,3%. Dal 2010 al 2030, il numero totale di consultazioni erogate a ultraottantenni dovrebbe raddoppiare passando da 179.735 a 357.817 unità, mentre per gli ultranovantenni dovrebbe addirittura triplicare (da 34.467 a 100.311: +191%) [T. 3].

Il numero totale delle consultazioni a domicilio passerebbe, da una cifra totale di 74.000 unità circa nel 2010, a circa 135.000 unità nel 2030, segnando un aumento dell'82% (+61.000 consultazioni). Un dato questo che non deve essere sottovalutato quando si pensa al fabbisogno futuro di medici di famiglia nel Cantone, dal momento che le visite a domicilio implicano un

T.3

Numero di consultazioni in Ticino per classi di età, nel 2010, 2020 e 2030

Età	Consultazioni 2010		2020		2030		Evoluzione: 2010=100		
	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%	2010	2020	2030
0-18 anni	35.356	3,4	34.120	2,8	32.410	2,4	100	97	92
19-40 anni	151.648	14,4	147.378	12,0	144.583	10,7	100	97	95
41-65 anni	383.719	36,4	416.684	34,0	400.786	29,6	100	109	104
66-70 anni	102.804	9,8	110.282	9,0	141.291	10,4	100	107	137
71-75 anni	103.786	9,8	128.073	10,5	137.836	10,2	100	123	133
76-80 anni	97.277	9,2	127.776	10,4	137.726	10,2	100	131	142
81-85 anni	84.297	8,0	113.548	9,3	144.025	10,6	100	135	171
86-90 anni	60.971	5,8	81.843	6,7	113.480	8,4	100	134	186
91 anni e più	34.467	3,3	65.440	5,3	100.311	7,4	100	190	291
Totale	1.054.325	100,0	1.225.145	100,0	1.352.449	100,0	100	116	128

Fonte: Consultazioni 2010, Pool di dati santésuisse, estrazione/estrapolazione Obsan; Proiezioni 2020 e 2030 SUPSI/DSAN

investimento maggiore a livello dell'organizzazione del lavoro e del tempo necessario, rispetto alle visite effettuate nel proprio studio medico.

Scenari dell'evoluzione demografica dei Cantoni dal 2010 al 2035

Le proiezioni dell'evoluzione della popolazione dei Cantoni sono basate sugli scenari demografici della Svizzera 2010-2060. I tre scenari nazionali di base (“medio”, “alto” e “basso”), disponibili all'indirizzo www.population-stat.admin.ch, sono stati regionalizzati con ipotesi differenti per ciascun Cantone e calcolati fino al 2035. Per i tre scenari si suppone che i divari osservati tra i diversi indicatori cantonali negli ultimi anni persisteranno sull'arco del periodo di proiezione. Gli scenari “alto” e “basso” segnano i limiti superiori e inferiori delle evoluzioni demografiche probabili, mentre quello “medio”, utilizzato nello studio, corrisponde allo scenario ritenuto più probabile.



foto TI Press / Tatiana Sclari

Numero di medici di famiglia in esercizio in Ticino

Secondo la Statistica medica della FMH, i medici di famiglia in esercizio al 31 dicembre 2010 nel Cantone Ticino erano 320, corrispondenti ad un medico di famiglia ogni 1.043 abitanti. A livello svizzero, alla stessa data, la copertura era di un medico di famiglia ogni 989 abitanti, 54 abitanti in media in meno per ogni medico.

La proporzione di donne tra i medici di famiglia in carriera nel Cantone Ticino è minore del 30%. Al riguardo, una differenza importante dipende dal settore di attività, giacché circa i tre quarti dei medici di famiglia esercitano nel settore ambulatoriale. Tra i medici di famiglia uomini, quattro quinti lavorano nel settore ambulatoriale, mentre tra i medici donna questa proporzione scende al livello dei due terzi.

La stima del tasso di occupazione medio dei medici di famiglia in Ticino risulta di 9 mezzeggiore giornate di lavoro alla settimana, pari a una percentuale del 90%². Nel settore ambulatoriale sembra che le donne preferiscano lavorare a un tasso d'occupazione inferiore a quello degli uomini, in media un giorno di meno alla settimana



foto TI Press / Carlo Rezzuzzi

(uomini: 88%, donne: 77%). Si constata chiaramente che il tasso d'occupazione medio è più elevato nel settore ospedaliero (103%) rispetto a quello ambulatoriale (86%). Il fatto che nel settore ospedaliero non si riscontrino differenze tra uomini e donne può spiegarsi con il fatto che i medici seguano la loro formazione post-diploma nel settore ospedaliero e che durante questo periodo della loro carriera professionale è più difficile ridurre il tempo di lavoro.

² Attualmente, per la stima del tasso d'occupazione dei medici si è costretti a ripiegare su un piccolo campione non probabilistico (vedi riquadro “La statistica medica della FMH”). Entro la fine del 2013, l'Osservatorio svizzero della salute dovrebbe pubblicare dei dati più solidi sul volume di lavoro dei medici che lavorano in proprio (Obsan, 2012, p. 3).

La statistica medica della FMH

La Federazione svizzera dei medici (FMH) tiene la statistica medica dal 1934, fornendo un contributo determinante alla ricerca sull'assistenza medica nel nostro Paese. Inoltre, su incarico della Confederazione, essa gestisce il registro ufficiale del perfezionamento professionale. Con il registro dei membri e dei medici, la FMH offre una visione generale, quasi completa, sui medici che esercitano in Svizzera. Grazie ai dati socio-demografici di questo registro è possibile risalire all'età, al sesso, al domicilio, ecc. di quest'ultimi. I dati dei diplomi di formazione, perfezionamento professionale e aggiornamento del registro dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM) e dei registri della Confederazione permettono di avere una panoramica delle qualifiche.

La statistica FMH è stabilita a partire dai dati dei membri ai quali si aggiungono i dati di quei medici che si interessano alla Federazione. Il tasso di copertura della statistica è stimato al 98% per il settore ambulatoriale e al 90% per quello ospedaliero.

Sono pure disponibili dei dati che caratterizzano l'attività professionale. Essi sono rilevati dalla FMH su base volontaria tramite un formulario di autodichiarazione che i medici possono compilare in una decina di minuti sul sito www.myFMH.ch: si tratta di informazioni sul tasso di attività, sulla partecipazione al servizio di guardia, ecc.

La **definizione operativa di medico di famiglia utilizzata nello studio** contempla tutti quei medici per i quali la loro disciplina principale rientra nelle categorie "Medicina generale", "Medicina interna" "Medicina interna generale" e "Medico generico" considerate nella statistica della FMH.

Fabbisogno di medici di famiglia in Ticino nel 2030

A fine 2010, il numero di addetti equivalenti a tempo pieno (ETP) nella medicina di famiglia in Ticino ammontava a 288 unità. Per calcolare uno scenario "status quo" del fabbisogno dei medici di famiglia nel 2030, si è tenuto conto dell'incremento del numero totale delle consultazioni, in funzione dell'evoluzione demografica e del numero medio di consultazioni annuali secondo le fasce d'età e del sesso. Così, se nel 2010 il numero degli addetti ETP che hanno effettuato 1.054.325 consultazioni era di 288 unità, nel 2030, per effettuare 1.352.449 consultazioni, il fabbisogno di addetti ETP dovrebbe salire a 369 EPT.

Se dovessimo considerare costante nel tempo anche il tasso d'occupazione medio, corrispondente al 90%, nel 2030 in Ticino dovrebbero di conseguenza esercitare 410 medici di famiglia, 90 in più rispetto al 2010. Inoltre, dei 320 medici in servizio nel 2010, solo 82 non avranno ancora compiuto 65 anni nel 2030. Ciò significa che 238 di loro avranno raggiunto o superato l'età del pensionamento. Pertanto, salvo qualche eccezione, essi dovranno essere rimpiazzati entro il 2030, in quanto avranno abbandonato l'attività professionale.

Il fabbisogno totale di nuovi medici di famiglia entro il 2030 risulta quindi di almeno 328 unità, in media un fabbisogno di circa 16 unità all'anno su un periodo di 20 anni.

Reclutamento

Per garantire il rinnovo di medici di famiglia necessario per far fronte al fabbisogno ipotizzato dal nostro scenario "status quo" per il Ticino, ci si può rivolgere a diversi bacini di reclutamento. La prima filiera a cui pensare è quella della formazione dei giovani cresciuti nel Cantone, te-

nuto conto delle peculiarità del mestiere, per le quali l'empatia e la prossimità – sia linguistica sia culturale – con il paziente svolgono un ruolo fondamentale. I medici diplomati provenienti dal Ticino, che ottengono un diploma in medicina umana presso una facoltà di medicina di un'università svizzera, sono circa una ventina all'anno.

Ma quanti neodiplomati sceglieranno di dedicarsi alla medicina di famiglia? Se consideriamo la quota di medici di famiglia rispetto al totale di medici attivi nel Cantone (28% nel 2010), si può ipotizzare che nei prossimi decenni ci si potrà aspettare l'entrata in esercizio di circa 5-6 nuovi medici di famiglia all'anno, cresciuti in Ticino e formati nelle università svizzere. Considerando la serie storica del numero di matricole in medicina umana nelle facoltà svizzere, è difficile pensare all'entrata in servizio annuale di un numero più elevato di medici di famiglia nei prossimi anni, se si pensa che per la formazione di un medico di famiglia sono da prevedere 12 anni.

Il numero stimato di studenti ticinesi negli atenei italiani è di circa 30-40. Per analogia con la stima realizzata circa il numero dei diplomati usciti dalle università svizzere, possiamo aspettarci che, ogni anno, dei possibili 5-7 diplomati in medicina umana all'estero, solo uno, magari due si indirizzeranno verso la medicina di famiglia.

Riassumendo, nei prossimi anni la formazione di giovani medici ticinesi dovrebbe globalmente portare all'entrata in esercizio di circa 6-8 medici di famiglia all'anno. Nella migliore delle ipotesi questo incremento verrebbe quindi a coprire la metà del fabbisogno annuale medio di nuovi medici di famiglia necessari a garantire lo stesso livello di prestazioni di oggi nel 2030. Lo scenario "status quo", che prevede un fabbisogno di circa 16 nuovi medici di fami-



glia all'anno nel periodo 2010-2030, non risulta quindi sostenibile, se non si interviene sul sistema di formazione e/o sulle scelte dei nostri studenti in medicina umana incitandoli a orientarsi maggiormente verso la medicina di famiglia piuttosto che verso altre specializzazioni.

L'alternativa, se ci si limita a lavorare sul numero di nuovi medici, rimane quella del ricorso a medici confederati o stranieri. A livello politico, però, subentra un problema di ordine etico nel "sottrarre" risorse umane (medici e operatori sanitari) ad altri paesi, che ne hanno altrettanto bisogno, senza assumersi l'onere della formazione.

Al di là dei numeri: l'esperienza raccontata

Il mandato prevedeva anche una parte di studio di stampo qualitativo che illustrasse il ruolo e l'evoluzione nel tempo della professione di medico di famiglia nel territorio ticinese, attraverso alcune interviste semi-strutturate. Le quattro interviste commissionate hanno coinvolto professionisti, sia uomini sia donne, in realtà territoriali diverse: quella urbana e quella valligiana del Cantone Ticino. L'esiguo numero di intervistati, rispetto al numero di professionisti attivi nel territorio, fa capire con chiarezza che l'obiettivo perseguito non è quello di fornire un'analisi i cui risultati possano essere generalizzati senz'altro all'insieme dei medici in esercizio. Lo scopo è piuttosto quello di mettere in luce alcune caratteristiche della professione raccontate da chi il mestiere lo svolge e lo vive direttamente. Gli intervistati sono infatti tutti medici di famiglia con una esperienza molto ricca e differenziata: c'è chi lo studio lo condivide con altri professionisti e chi invece lavora singolarmente [T. 4].

Un forte radicamento nel territorio

Il forte radicamento del medico di famiglia nell'ambiente e nel territorio in cui esercita è un primo elemento che ne caratterizza la realtà pro-

T. 4

Dati relativi ai quattro professionisti intervistati

	Medico A	Medico B	Medico C	Medico D
Genere	M	M	F	F
Anni di esercizio (come medico di famiglia)	31	30	18	17
Area d'intervento	Valle	Valle	Zona urbana	Zona urbana
Tipologia dello studio medico	Studio singolo	Studio condiviso con un collega	Studio condiviso con altri due medici	Studio condiviso con altri tre medici

Fonte: SUPSI/DSAN

fessionale. Questo radicamento deriva dall'importanza conferita all'esperienza, la quale consente, mediante una costante frequentazione, di conoscere in maniera approfondita le persone prese in cura, le relative famiglie, nonché più in generale la comunità locale con le sue particolarità epidemiologiche e, insieme, socio-antropologiche. Il legame tra l'esercizio della medicina di prossimità e l'ambiente di appartenenza consente altresì lo sviluppo d'iniziative di promozione della salute presso la popolazione del comprensorio di riferimento, specie nelle regioni valligiane.

L'approccio olistico

Un'ulteriore e fondamentale componente consiste in un approccio di tipo olistico, teso cioè a una "presa in carico" complessiva del paziente considerato nella sua globalità evolutiva ed esistenziale. Si tratta di una impostazione che contempla capacità tecnico-specialistiche in grado di spaziare sull'arco di tutte le fasi della vita (dalla nascita alla morte) e nel contempo di curare patologie di natura molto diversa, estendendo l'intervento del professionista dalla medicina d'urgenza fino al disagio psico-sociale. In particolare, quest'ultimo fronte d'intervento si è esteso sensibilmente negli ultimi anni anche a seguito della crisi socio-economica con la quale siamo confrontati.



foto: T. Press / Carlo Raguzzi

La relazione con il paziente

L'effetto principale di una simile "presa in carico" a tutto campo è la centralità della relazione, tanto più intensa e approfondita quanto più si conosce l'ambiente di vita, il retaggio familiare e il contesto socioculturale del paziente. Questa vicinanza e la stessa intensità relazionale consentono al medico di famiglia di contestualizzare efficacemente la domanda curativa che gli viene rivolta, per procedere a una diagnosi rigorosa e per alleviare ansie e paure, infondendo fiducia e riuscendo insieme ad imprimere autorevolezza al proprio giudizio diagnostico e prognostico. Inoltre, la dimensione relazionale interviene pure significativamente nell'ottimizzare l'impiego delle nuove tecnologie della comunicazione – così presenti nel comparto sanitario –, vista la sua efficacia nell'apportare un complemento qualitativo e nel facilitare, grazie al contatto personale, gli scambi informativo-tecnici che i professionisti si trasmettono.

Analogamente, il rapporto diretto, ravvicinato ed "empatico" (fiducioso) che il medico di famiglia intrattiene con il paziente, gli consente di gestire meglio le informazioni e le richieste di cui quest'ultimo è portatore, inserendole in un contesto scientifico ed autorevole, così da indirizzarle più pertinentemente e facendo in modo di attenuare in taluni casi quell'ansia che può essere provocata da eventuali notizie che il paziente stesso ricava da Internet.

L'importanza della rete socio-sanitaria territoriale

Dalle interviste affiora in tutta evidenza l'importanza della rete socio-sanitaria territoriale: il confronto e la collaborazione fra le diverse professionalità che vi operano (dagli snodi più istituzionalizzati come gli ospedali, ai servizi di assistenza e cura a domicilio), comporta una migliore "presa in carico" del paziente e la proiezione in direzione interdisciplinare e pluriprofessionale.

Se si tiene conto della complessità del compito di far fronte alle questioni riguardanti la salute/malattia della popolazione, una rete del genere costituisce una risorsa imprescindibile per gestire il carico e la pressione dei ritmi logoranti

– sul piano fisico e psicologico – del medico di famiglia. Il che vale non solo nell'immediatezza dell'esercizio della professione, ma anche nel lungo periodo.

In tale prospettiva, la possibilità di un alleggerimento delle diverse mansioni del medico di famiglia o di una certa compensazione della difficoltà di reperire nuove leve, soprattutto nelle aree più discoste del paese, potrebbe essere individuata nel ricorso ad altre figure professionali. Nella fattispecie si potrebbe pensare alla proficua collaborazione, rilevata mediante le interviste, con infermieri specializzati, in vista di curare il paziente con interventi di prossimità ben distribuiti nel territorio che lo mantengono il più possibile al suo domicilio.

Formazione e futuro professionale

Le persone intervistate hanno manifestato un sostanziale apprezzamento per la formazione erogata attualmente, la quale prevede una base internistica idonea a formare buone competenze nelle varie diramazioni specialistiche. Ma, al riguardo, si sottolinea pure la necessità di acquisire una buona padronanza nel campo della medicina d'urgenza, così come ci si esprime a favore di un apprendimento a diretto contatto con il territorio: si tratta di promuovere una formazione attraverso l'esperienza, ad esempio prevedendo degli stage presso studi medici già avviati. Si afferma così l'utilità di affinare la propria professionalità in un contesto diverso rispetto a quello ospedaliero. Si ritiene inoltre opportuno attribuire la dovuta importanza agli aspetti psico-sociali legati alla professione, soprattutto per quanto riguarda la dimensione relazionale e comunicativa; ciò già a partire dalla formazione di base, ma con l'auspicio che simili contenuti siano approfonditi e perfezionati a livello di formazione continua.

Con uno sguardo rivolto al futuro, emerge la preoccupazione che la difficoltà di reclutare giovani professionisti possa comportare l'impossibilità di mantenere una medicina di prossimità ben distribuita territorialmente, in grado cioè di coprire i bisogni curativi di tutta la popolazione, in



particolare nelle zone periferiche e più discoste, dove sussiste la criticità di attirare “nuove leve”.

Un ulteriore interrogativo riguarda il caso in cui le “nuove generazioni” di medici di famiglia provenissero da contesti socioculturali sensibilmente “altri”: ci si chiede se le stesse non abbiano bisogno di tempi medio-lunghi per conoscere adeguatamente il territorio ticinese e la sua rete sanitaria.

Assi di lavoro e prospettive

Aumentare il numero dei medici di famiglia di origine ticinese

A livello federale sembra esserci un’unità d’intenti sulla necessità di rafforzare la medicina di famiglia. In giugno 2012, il consigliere federale Alain Berset ha presentato un Piano direttivo che punta sulla medicina di prossimità per uscire dall’impasse della politica sanitaria, valorizzando la figura professionale del medico di famiglia, sia dal punto di vista retributivo, sia da quello della formazione. A tale scopo è stata inoltre istituita una *task force*. Le Camere federali sono favorevoli al controprogetto diretto del Governo all’iniziativa popolare dei medici generici “Sì alla medicina di famiglia”, che costituisce un compromesso tra l’iniziativa e le proposte contenute nel Piano direttore, esteso a settori come quello infermieristico e della fisioterapia.

Per il Ticino, dai risultati del presente studio, risulta necessario un investimento importante nella formazione dei medici di famiglia di provenienza cantonale. In questa prospettiva, i possibili obiettivi da contemplare potrebbero essere: l’aumento sia del numero di matricole là dove c’è il *numerus clausus* sia del numero di studenti che superano la selezione intra-universitaria nelle facoltà della Svizzera romanda, l’orientamento di una proporzione maggiore di studenti in medicina umana verso la medicina di famiglia, il finanziamento di un semestre in uno studio medico ai praticanti ticinesi, la creazione in Ticino della sesta scuola per medici di famiglia e/o, ancora, l’istituzione del Master ticinese in medicina che consideri tra i suoi sbocchi privilegiati la medicina di famiglia.

Nell’impegno politico e finanziario volto a incrementare il numero dei futuri medici, la promozione dell’immagine della professione stessa di medico di famiglia sarà chiamata a svolgere un ruolo di primaria importanza.

Migliorare l’informazione e la comunicazione per e tra i medici

Tra le reticenze all’installazione in Ticino di medici stranieri vengono spesso evocati problemi di efficacia e di efficienza, per lo meno in una fase iniziale, dovuti alla mancata conoscenza delle normative, dell’organizzazione e del funzionamento del sistema socio-sanitario cantonale. In questo senso, visto che vi saranno comunque dei medici, anche di famiglia, che verranno a stabilirsi nel Cantone, bisognerebbe pensare di sviluppare delle piattaforme informative e comunicative volte alla condivisione di informazioni e di contatti (tipo sul piano legale, amministrativo e medico-sanitario) nell’ottica di facilitarne il lavoro e di evitare, o per lo meno ridurre, le perdite di tempo, gli errori o le disfunzioni nell’impostazione delle cure e il disbrigo delle pratiche correnti.

Sviluppare delle reti di cure integrate

Considerando la penuria di medici di famiglia che si staglia all’orizzonte in relazione con l’invecchiamento demografico e il conseguente aumento di pazienti da visitare a domicilio, un altro fronte sul quale lavorare per garantire il livello delle prestazioni medico-sanitarie è quello dell’integrazione delle cure in un sistema in cui, da una parte vengano rinforzate/riconosciute le competenze di altre figure professionali quali gli infermieri qualificati, i fisioterapisti, i farmacisti ecc. e, dall’altra, si sfruttino al massimo le potenzialità delle nuove tecnologie dell’informazione e della comunicazione.

Dai paesi anglofoni giungono per esempio risultati incoraggianti sui benefici, anche economici, della possibilità di accedere tempestivamente – senza prescrizione medica – al fisioterapista per disturbi muscoloscheletrici, come la lombalgia e la cervicgia (Leemrijse & al., 2008; Mitchell & Lissovoy, 1997; Moore & al., 2005).



foto T. Prass / Benedetto Galli

Diversi sono i progetti pilota, anche in Svizzera e in Ticino, che vertono all'ottimizzazione del lavoro in rete grazie all'utilizzo dei recenti sviluppi tecnologici. A titolo di esempio, il progetto *NetCare* di Pharmasuisse sperimenta in 200 farmacie della Svizzera interna la possibilità di consultare sul posto un medico generalista in videoconferenza (www.netCare-farmacia.ch), mentre il progetto cantonale *reTIsan* di una piattaforma elettronica vuole facilitare la condivisione tra oncologi e medici generalisti di informazioni sanitarie (documentazione "cartacea", immagini radiologiche, ecc.) e delle valutazioni del decorso medico del paziente affetto da malattie tumorali (www.reTIsan.ch).

Per analogia, sfruttando soluzioni tecnologiche simili, si potrebbe pure rivalutare il ruolo dell'infermiere qualificato nell'ambito dei servizi di assistenza e di cura a domicilio (SACD), pensando in particolare alla presa in carico di persone anziane o invalide. In questo senso, il Dipartimento sanità della SUPSI, in collaborazione con il Dipartimento tecnologie innovative, sta lavorando allo sviluppo di soluzioni domotiche "non invasive" per appartamenti dove vivono persone anziane e/o invalide, che includono la messa in rete di servizi di allarme, di assistenza e di cura a domicilio, del farmacista, del medico di famiglia e dei famigliari, con la possibilità di comunicare anche in videoconferenza.

Promuovere la prevenzione e l'educazione del paziente

Nel merito di questa discussione non si può inoltre dimenticare l'importanza della prevenzione primaria, secondaria e terziaria con la relativa educazione del paziente, volte a contenere la domanda di prestazioni medico-sanitarie, in modo da evitare, ridurre, eventualmente posticipare l'insorgenza delle malattie croniche che si prospettano essere il nuovo fronte della medicina dei prossimi decenni. Oppure, qualora la malattia dovesse concludersi, un'adeguata formazione consentirebbe al paziente di prendersi carico in misura crescente del suo essere, della sua situazione, nella maniera più autonoma e

indipendente possibile, riducendo il ricorso improprio al medico di famiglia e al sistema sanitario in generale.

Riconsiderare il finanziamento della medicina di famiglia

Tenuto conto delle condizioni nelle quali operano i medici di famiglia, in particolare quelli delle regioni periferiche, come pure della loro specifica "missione", sembra opportuno riconsiderare le loro modalità di finanziamento, affinché risultino indipendenti dalla fatturazione delle singole prestazioni. Questa prospettiva, che mira a rendere più attraente e sostenibile l'esercizio della professione anche da un punto di vista finanziario, implica però un salto di paradigma importante nel finanziamento della medicina di famiglia da parte della società.

Bibliografia

Egloff, M., Poletti, F., Bertini, L. & B. Masotti (2012). *Medici di Famiglia in Ticino: quale futuro?* Manno/Mezzovico: SUPSI-DSAN/OMCT.

Leemrijse, C. J., Swinkels I. C.S. & C. Veenhof (2008). *Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Result From the First Year in Community-Based Physical Therapy*, in "Physical Therapy", Vol. 88, n. 8.

Mitchell, J. M. & G. de Lissovoy (1997). *A Comparison of Resource Use and Cost in Direct Access Versus Physician Referral Episodes of Physical Therapy*, in "Physical Therapy", Vol. 77, n. 1.

Moore, J. H., Goss, D. L., Baxter, R. E., DeBerardino, Th. M. Mansfield, L. T., Fellows, D. W. & D. C. Taylor (2005). *Clinical diagnostic Accuracy and Magnetic Resonance Imaging of Patients Referred by Physical Therapist, Orthopaedic Surgeons and Nonorthopaedic Providers*, in "Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy", Vol. 35, n. 2.

Obsan (2012). *Le corps médical en Suisse: effectif et évolutions jusqu'en 2011*. Bulletin, 3, 2012.