

SUPSI



Medici di famiglia in Ticino: quale futuro?

Su mandato dell'Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT)

Michele Egloff

Fulvio Poletti

Laura Bertini

Barbara Masotti

Ottobre 2012

“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*

Avvertenza

Termini che possono indicare una forma maschile o femminile sono utilizzati per le due forme indistintamente.

Medici di famiglia in Ticino: quale futuro?

Prefazione di Franco Gervasoni, direttore SUPSI

Autori

Michele Egloff (coordinatore)

Fulvio Poletti

Laura Bertini

Barbara Masotti

Gruppo di accompagnamento

Andrea Cavicchioli, SUPSI/DSAN, Responsabile dell'Unità di ricerca

Franco Denti, OMCT, Presidente

Bruno Cereghetti, OMCT, Consulente scientifico

Raffaella Laorca, OMCT, Segretaria generale amministrativa

Committente: Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT)

Maggiori informazioni:

SUPSI/DSAN: Michele Egloff, T 058 666 64 32, E michele.egloff@supsi.ch

OMCT: Franco Denti, T 079 686 77 66, E info@omct.ch

RINGRAZIAMENTI

La realizzazione di questo studio non sarebbe stata possibile senza il concorso di molte persone attive in ambiti istituzionali e professionali diversi, sia a livello federale sia a livello cantonale. Gli autori dello studio tengono a ringraziarli per la loro competente collaborazione e per la loro cortese disponibilità.

Ufficio federale di statistica (UST): Marilina Galati e Renaud Lieberherr della *Sezione salute* per le tabelle standard e per le tabelle calcolate espressamente per il Cantone Ticino relative all'Indagine sulla salute in Svizzera; Stéphane Cappelli e Pascal Strubi della *Sezione processi di formazione* per i dati riguardanti il numero degli studenti e dei diplomi in medicina umana e le analisi ad hoc relative al tasso di riuscita cantonale.

Osservatorio della salute in Svizzera (Obsan): Maik Roth e Sacha Roth per le estrazioni dal *pool di dati di santésuisse*, per il calcolo delle consultazioni mediche e del numero di medici nel cantone Ticino, secondo i dati relativi alle fatturazioni.

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): Reto Bolliger per le informazioni preziose riguardanti il contenuto e l'utilizzo del *Registro federale delle professioni mediche (MedReg)*.

Federazione dei medici svizzeri (FMH): Esther Kraft, responsabile della *statistica medica*, per la preparazione di tabelle ad hoc relative al numero dei medici nel cantone Ticino e al loro tasso di occupazione.

Dipartimento della sanità e della socialità (DSS): Stefano Radczuweit, responsabile della *Sezione sanità*, per il conteggio dei medici con libero esercizio attivi in Ticino, secondo i dati amministrativi disponibili.

Conferenza dei rettori delle università svizzere (CRUS): Kurt Wechsler e Christine Winzenried per le informazioni relative ai dati disponibili concernenti i risultati del *test attitudinale AMS* nella gestione del numero chiuso in medicina e per la messa a disposizione di dati non più accessibili sul sito.

Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS): Aris Mozzini responsabile dell'*Area degli studi universitari* e Omar Gianora, direttore, per le informazioni relative allo svolgimento e all'esito del test attitudinale AMS in lingua italiana che si svolge al *Liceo di Bellinzona*; Piero Maccagni dell'*Ufficio borse di studio* per le informazioni statistiche riguardanti i beneficiari di un aiuto finanziario nelle facoltà di medicina umana, in Svizzera e all'estero.

Gli autori ringraziano inoltre sentitamente i quattro **Medici di famiglia**, Carlotta Bernardoni, Lyana Sorgesa, Brenno Ambrosetti e Fabio Fransioli, che si sono gentilmente prestati per un'intervista, condividendo in modo squisito e con passione la loro esperienza pluridecennale e le loro considerazioni sulla professione.

Un ringraziamento particolare va ai **membri del gruppo di accompagnamento** per le stimolanti riflessioni condivise e per i preziosi suggerimenti forniti durante l'intero svolgimento del mandato.

Infine, si ringrazia l'**Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT)** per la fiducia accordata con il conferimento del mandato.

PREFAZIONE

di Franco Gervasoni, prof. ing., direttore SUPSI

La ricerca applicata del Dipartimento sanità della SUPSI concentra i suoi approfondimenti sui temi che riguardano le dirette relazioni fra i curanti e i curati e le conseguenti ripercussioni sull'armonioso sviluppo professionale degli primi e sul benessere e la qualità della vita degli altri. Un contributo importante per la diffusione capillare nel nostro territorio di una vera cultura della cura, nel pieno rispetto dei bisogni e dei diritti dei singoli individui e di chi sta loro vicino.

Considerate le macrotendenze locali e globali del settore, operiamo sempre con prospettiva anticipatoria rispetto agli sviluppi sul medio e sul lungo periodo, in stretto partenariato con i professionisti attivi nella regione.

Anche nello studio che indaga il futuro dei medici di famiglia in Ticino ritroviamo integralmente questi principi.

Apprezzo molto la capacità degli autori di integrare le dimensioni quantitative e qualitative del problema e di eseguire valutazioni concrete e plausibili muovendosi verso il futuro con rigore e chiarezza nella complessità di indicatori e dati statistici *certi* e *incerti*, che riguardano sia i medici, sia i loro pazienti.

Certi, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento di determinate patologie ad esso correlate, la crescita del fabbisogno di cure a domicilio e nelle strutture, la difficoltà del ricambio generazionale dei medici legato a precise scelte di politica sanitaria negli ultimi anni.

Incerti, come i comportamenti individuali dei pazienti, i luoghi e gli standard di cura, l'equilibrio fra uomini e donne nella professione medica, lo stile e la personalità del medico, l'attrattiva dei differenti ambiti specialistici della professione.

Fra certezze ed incertezze tre aspetti mi sembrano particolarmente rilevanti, strettamente interconnessi.

Il primo riguarda l'importanza del medico di famiglia per uno sviluppo equilibrato della società contemporanea. Una figura vicina all'individuo e al suo contesto familiare e di vita, capace di condizionarne positivamente la salute con un'azione preventiva e con una sensibile gestione attiva delle malattie quando insorgono. Una persona di riferimento per ognuno di noi, discreta nei momenti fortunati, vicina e attenta in quelli più difficili della nostra vita e di quella dei nostri cari.

Il secondo concerne la necessità di valorizzare questo ruolo all'interno della sempre più ampia e complessa professione medica, sensibilizzando a un approccio al paziente più umano, per fare in modo che più giovani del nostro Cantone scelgano di diventare medico

di famiglia, consapevoli dell'importanza del forte radicamento culturale e della conoscenza delle risorse socio-sanitarie locali.

Il terzo è che si aumenti da un lato il legame fra i criteri di ammissione e di selezione con i valori richiesti da questo particolare ambito della professione medica, dall'altro si favorisca l'accesso successivo alla professione, evitando moratorie che possono produrre disequilibri generazionali che causano periodi di difficoltà nella sostituzione di chi cessa la propria attività.

Sono cosciente che i fattori in gioco sono moltissimi e ogni modifica deve essere attentamente ponderata dal punto di vista sia della qualità delle persone coinvolte, sia dei costi dell'intero sistema. Sono però convinto che senza un numero adeguato di medici di famiglia, gli effetti sul ridimensionamento degli standard di cura saranno tali da generare importanti ripercussioni sulla società del futuro.

Ringrazio l'ordine dei medici per la fiducia accordata alla SUPSI nell'affidamento di questo mandato di ricerca, i numerosi partner di progetto che ci hanno garantito supporto e collaborazione e i ricercatori del nostro Dipartimento sanità, che hanno saputo ancora una volta dare un qualificato e concreto contributo alla crescita di questo contesto professionale nel nostro territorio.

Auspico che i numerosi stimoli presenti nel documento possano essere approfonditi con un'ottica sistemica da tutte le istanze decisionali a beneficio dello sviluppo davvero sostenibile della nostra società.

INDICE

pagina

RINGRAZIAMENTI 4

PREFAZIONE *di Franco Gervasoni* 5

SINOSI 11

INTRODUZIONE 11

PARTE I FABBISOGNO DI MEDICI DI FAMIGLIA IN TICINO 2010-2030 11

PARTE II PAROLA DI MEDICO DI FAMIGLIA 15

CONCLUSIONI 18

SYNOPSIS 20

EINFÜHRUNG 20

TEIL I BEDARF AN HAUSÄRZTEN IM TESSIN 2010-2030 20

TEIL II WAS SAGEN DIE HAUSÄRZTE UND -ÄRZTINNEN DAZU? 24

SCHLUSSFOLGERUNGEN 27

SYNOPSIS 30

INTRODUCTION 30

PARTIE I DEMANDE DE MEDECINS DE FAMILLE AU TESSIN 2010-2030 30

PARTIE II PAROLE DE MEDECIN DE FAMILLE 35

CONCLUSIONS 37

INTRODUZIONE 41

Il mandato 41

Definizione di *Medico di famiglia* 41

Definizione della problematica 41

Impostazione dello studio 42

PARTE I FABBISOGNO DI MEDICI DI FAMIGLIA IN TICINO 2010-2030 43

Ricorso al medico di famiglia in Ticino, oggi 43

Nove persone su dieci hanno un medico di famiglia 43

Due terzi dei Ticinesi vanno dal medico di famiglia almeno una volta all'anno 44

La proporzione delle persone che consultano cresce con l'età 46

Uomini e donne ricorrono in proporzioni simili al medico di famiglia 46

Un milione di consultazioni per 333 mila abitanti	46
<i>Tre consultazioni in media all'anno</i>	46
<i>Oltre dieci consultazioni in media all'anno per abitante ultraottantenne</i>	47
<i>Le donne vanno un po' più dal medico di famiglia prima dei 65 anni</i>	47
<i>Buona parte degli anziani sono visitati a domicilio</i>	48
Ricorso al medico di famiglia in Ticino, nel 2030	49
Almeno 27'000 pazienti in più nel giro di venti anni	49
<i>Meno giovani e più anziani</i>	50
300'000 consultazioni in più nel 2030	52
<i>Più di una consultazione su quattro concernerà un ultraottantenne</i>	52
<i>Sei consultazioni su dieci riguarderanno una donna</i>	52
<i>Una consultazione su dieci avrà luogo a domicilio</i>	52
Numero di medici di famiglia in esercizio in Ticino	55
320 medici di famiglia in esercizio a fine 2010	55
<i>Quattro medici di famiglia su dieci hanno almeno 55 anni, tre su quattro almeno 45 anni</i>	56
<i>I medici di famiglia donna sono più giovani</i>	56
<i>Meno di tre donne ogni dieci medici di famiglia</i>	57
<i>Quattro medici di famiglia uomo su cinque lavorano ambulatorialmente</i>	58
<i>Un medico di famiglia donna su tre lavora nel settore ospedaliero</i>	58
Tasso d'occupazione medio attorno al 90%	59
<i>I medici di famiglia donna del settore ambulatoriale lavorano meno dell'80%</i>	60
<i>Nel settore ospedaliero si lavora al 100%</i>	60
288 ETP nel 2010	60
<i>Tre quarti degli ETP nel settore ambulatoriale</i>	60
<i>Un quarto degli ETP occupati da medici di famiglia donna</i>	60
Fabbisogno di medici di famiglia in Ticino nel 2030	62
Rispetto al 2010, almeno 90 medici di famiglia in più	62
238 medici di famiglia in età del pensionamento entro il 2030	63

Fabbisogno di 328 nuovi medici di famiglia entro il 2030	63
Reclutamento	64
Formazione di medici di famiglia ticinesi	64
<i>20 diplomati all'anno in medicina umana nelle facoltà svizzere...</i>	64
<i>... 5-6 medici di famiglia per coorte?</i>	64
<i>Numerus clausus: interesse crescente, poche matricole</i>	65
<i>Selezione infra-universitaria: molte matricole, pochi diplomati</i>	66
<i>30-40 studenti in medicina umana in Italia, 5-7 diplomati all'anno...</i>	67
<i>... di cui uno, forse due, medici di famiglia?</i>	67
<i>Tra i neodiplomati ticinesi, dai 6 agli 8 nuovi medici di famiglia all'anno: insufficienti</i>	67
Ricorso a medici confederati o a medici stranieri	68
<i>Un problema etico</i>	68
<i>Problemi di efficacia e di efficienza</i>	68
<i>Un fenomeno da monitorare</i>	68
PARTE II PAROLA DI MEDICO DI FAMIGLIA	69
Al di là dei numeri: l'esperienza	69
Ruolo e professionalità del medico di famiglia	70
Forte radicamento nel territorio	71
Approccio olistico	73
Concezione della professione	75
La relazione con il paziente	77
Il paziente nelle sue fasi di vita e nel proprio contesto ambientale	78
Il paziente psico-somatico: dalla medicina d'urgenza alla cura del disagio psico-sociale	80
Il paziente bisognoso di certezze	82
Il ricorso alla rete socio-sanitaria territoriale: collaborazioni e sinergie	83
I diversi contesti di esercizio della professione e il ricorso alla rete socio-sanitaria	84
Il funzionamento della rete socio-sanitaria territoriale	87

Cure infermieristiche a domicilio come elemento fondamentale della rete socio-sanitaria di supporto al medico di famiglia	90
Formazione e futuro professionale	91
Formazione accademica sì, ma anche la pratica	91
Importanza attribuita alla relazione e alla comunicazione	93
Guardando al futuro della professione	94
CONCLUSIONI	97
Se nulla dovesse cambiare, il fabbisogno di nuovi medici di famiglia dovrebbe essere di almeno 330 unità entro il 2030...	97
... di cui al massimo la metà sarà soddisfatto da ticinesi neodiplomati	97
Assi di lavoro per ovviare alla penuria di medici di famiglia e garantire un'offerta adeguata di prestazioni medico-sanitarie	98
<i>Aumentare il numero di medici di famiglia di origine ticinese</i>	98
<i>Migliorare l'informazione e la comunicazione per e tra i medici</i>	99
<i>Sviluppare delle reti di cure integrate</i>	99
<i>Promuovere la prevenzione e l'educazione del paziente</i>	100
<i>Riconsiderare il finanziamento della medicina di famiglia</i>	101
REFERENZE BIBLIOGRAFICHE	102
SITOGRAFIA	103

SINOSSI

INTRODUZIONE

Il mandato

In un'ottica proattiva, a fronte della crescente carenza di medici di famiglia in Svizzera e nel nostro Cantone, come pure dell'evoluzione della figura di questo professionista nel prossimo ventennio, l'Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT) ha commissionato al Dipartimento sanità della SUPSI l'allestimento di uno studio che "fotografi" la situazione attuale della medicina di famiglia nel nostro Cantone e che proponga 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.

Impostazione dello studio

Da una parte, lo studio si è dapprima focalizzato sull'analisi del ricorso attuale ai medici di famiglia e dell'evoluzione demografica con i suoi risvolti epidemiologici, onde costruire 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 (PARTE I).

Dall'altra parte l'analisi delle interviste effettuate a 4 medici di famiglia dall'esperienza pluridecennale nel Cantone ha 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 per davvero (PARTE II).

Lo studio si conclude con la proposta di un elenco di assi di lavoro che andrebbero considerati nella ricerca di soluzioni volte a ovviare alla prospettata penuria di medici di famiglia e a garantire una copertura medico-sanitaria di qualità anche nei prossimi decenni (CONCLUSIONI).

PARTE I - FABBISOGNO DI MEDICI DI FAMIGLIA IN TICINO 2010-2030

Il ricorso al medico di famiglia in Ticino oggi

Attualmente, circa nove persone residenti nel Cantone Ticino su dieci dicono di avere un medico di famiglia personale dal quale si recano per la maggioranza dei problemi di salute. Una situazione questa che è perfettamente allineata al 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, quasi un quarto (22,7%) ci va tre volte e più. Tra gli anziani di 65 anni e più

residenti nel cantone, che vivono a domicilio, la proporzione delle persone che ha consultato il medico di famiglia almeno una volta all'anno a sale più di tre quarti, quasi quattro quinti (77,9%).

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 all'anno 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 per abitante. E 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 i novantenni.

A differenza del medico specialista, il medico di famiglia non visita i suoi pazienti unicamente nello studio medico. 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 consultazioni. Ma la proporzione delle visite a domicilio cresce in modo esponenziale con l'età dei pazienti. Per le consultazioni fatte a dei pazienti uomini si passa infatti da una proporzione di visite a domicilio dell'1,1% per i 41-65enni fino a una proporzione di circa un terzo (35,9%) per gli ultranovantenni. La situazione è simile per le donne, se non che la proporzione di visite a domicilio è addirittura più alta, soprattutto per le fasce di età più anziane: si va da una proporzione dell'1,4% per le 41-65enni fino a una proporzione di circa la metà (47,3%) per le ultranovantenni.

Il ricorso al medico di famiglia in Ticino nel 2030

Se dal 2010 al 2030 le categorie di abitanti considerate continuassero a ricorrere al medico di famiglia nelle stesse proporzioni, il numero dei pazienti dei medici di famiglia nel Cantone dovrebbe aumentare all'incirca di 27'000 unità, giungendo a un totale di 213'054 pazienti in un anno, un incremento stimato al 14,7% in termini relativi.

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 impressionante 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 quindi a ricorrere maggiormente al medico.

La proporzione delle consultazioni richieste da persone in età inferiore ai 41 anni scenderà dal 17,8% nel 2010, quasi una su cinque, al 13,1% nel 2030, all'incirca una su otto. Nel 2010, le consultazioni concernenti persone di 66 anni e più costituivano la metà di tutte le consultazioni (49,9%). Nel 2030 saliranno 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. Se esse costituivano meno di un quinto di tutte le consultazioni del 2010 (17%), dovrebbero superare il quarto nel 2030 (26,5%). Ancora più impressionante dovrebbe rivelarsi l'aumento delle consultazioni riguardanti gli ultranovantenni, che dovrebbero raddoppiare dal 2010 al 2020 (da 34'467 a 65'440: +90%) e triplicare entro il 2030 (da 34'467 a 100'311: +191%).

Tenuto conto dell'evoluzione della struttura della popolazione secondo le fasce di età e del fatto che buona parte degli anziani sono visitati a domicilio, il numero totale delle consultazioni a domicilio passerebbe da una cifra totale di 74'000 unità circa nel 2010, a una cifra totale prossima alle 135'000 unità nel 2030 segnando un aumento dell'82% (+61'000 consultazioni), quasi il doppio. Detto altrimenti, se nel 2010 le consultazioni a domicilio rappresentavano il 7% del totale, nel 2030 dovrebbero rappresentare il 10%, una consultazione su dieci. Un dato da non sottovalutare quando si pensa al fabbisogno futuro di medici di famiglia nel Cantone, dal momento che le visite a domicilio implicano un investimento maggiore a livello dell'organizzazione del lavoro e del tempo necessario, rispetto alle visite effettuate nel proprio studio medico.

Numero di medici di famiglia in esercizio in Ticino

Al 31 dicembre 2010, secondo la Statistica medica della FMH, i medici di famiglia in esercizio nel Cantone Ticino erano 320, ciò che corrispondeva ad un medico di famiglia ogni 1043 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 esercizio nel Cantone Ticino è minore del 30%. Una differenza importante in merito dipende dal settore di attività. Infatti nel settore ambulatoriale la percentuale di donne è ancora più bassa, un quinto circa, mentre nel settore ospedaliero oltrepassa la soglia del 40%. In generale, l'età delle donne in esercizio è inferiore di quella degli uomini.

Circa i tre quarti dei medici di famiglia esercitano nel settore ambulatoriale. Gli uomini sono presenti molto di più in questo settore rispetto alle donne. 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. Inversamente, ci si rende conto di quanto sembri essere più attrattivo il settore ospedaliero per le donne con le specializzazioni tipiche del medico di famiglia. Una di esse su tre lavora infatti nel settore ospedaliero. Tra gli uomini con queste specializzazioni, solo uno su cinque lavora in questo settore.

La stima del tasso di occupazione medio dei medici di famiglia in Ticino risulta di 9 mezza giornate di lavoro alla settimana, pari a una percentuale del 90%. 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 (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.

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 è stimato 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, che aumenta in funzione dell’evoluzione demografica e del numero medio di consultazioni annuali medio 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 2020 per effettuare 1’225’145 consultazioni dovrebbero essere necessari 335 addetti ETP e 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, e cioè 90%, nel 2030 in Ticino dovrebbero quindi esercitare 410 medici di famiglia, 90 in più rispetto al 2010. Inoltre, dei 320 medici in esercizio 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. Salvo qualche eccezione avranno abbandonato l’attività e dovranno essere rimpiazzati entro il 2030.

Il fabbisogno totale di nuovi medici di famiglia entro il 2030 risulta quindi di almeno 328 unità (90 a causa dell’evoluzione demografica della popolazione, 238 a causa dell’invecchiamento e del pensionamento dei medici di famiglia attualmente in esercizio), in media un fabbisogno di nuove leve di circa 16 unità all’anno su un periodo di venti anni (dal 2010 al 2030).

Reclutamento

Per garantire il rinnovo di medici di famiglia necessario per far fronte al fabbisogno ipotizzato dal nostro scenario “status quo”, ci si può rivolgere a diversi bacini di reclutamento. La prima filiera di reclutamento dei futuri medici di famiglia per il Ticino alla quale pensare è quella della formazione dei suoi giovani, cresciuti nel cantone, proprio per le peculiarità del mestiere dove l’empatia e la prossimità sia linguistica sia culturale con il paziente svolgono un ruolo fondamentale. Il numero di medici diplomati provenienti dal Ticino che ottiene un diploma in medicina umana in una facoltà di medicina di un’università svizzera è di circa una ventina all’anno (media del numero dei diplomati nel periodo 2006-2011: 19,1). Se consideriamo i dati storici a partire dal 2005, si può dire che loro numero è rimasto costante negli ultimi 7 anni.

Della ventina di neodiplomati in medicina umana all’anno, quanti sceglieranno di dedicarsi alla medicina di famiglia? Se consideriamo la quota di medici di famiglia tra i medici in esercizio 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. Vista la serie storica del numero di matricole in medicina umana nelle facoltà svizzere (in media 33 matricole all'anno provengono dal Cantone Ticino nel periodo 2005-2011), è difficile pensare all'entrata in esercizio annuale di un numero più elevato di medici di famiglia nei prossimi anni, almeno fino al 2025 se consideriamo che per la formazione di un medico di famiglia si contano 12 anni.

Il numero stimato di studenti ticinesi negli atenei italiani è di circa 30-40. Per analogia con la stima realizzata sul 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 indirizzino verso la medicina di famiglia (28% di 5 è pari a 1,4, di 7 è pari a 1,9).

Riassumendo, se ci si può aspettare l'entrata di 5-6 nuove leve all'anno nella professione provenienti dalle facoltà svizzere, e 1 o 2 da quelle italiane, nei prossimi anni la formazione di giovani medici ticinesi dovrebbe globalmente portare all'entrata in esercizio di circa di 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. Il nostro scenario "status quo", che prevede un fabbisogno di 16 nuovi medici di famiglia 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 medici, rimane quella del ricorso a medici confederati o stranieri. Ma a livello politico, si ricorda che esiste 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.

PARTE II - PAROLA DI MEDICO DI FAMIGLIA

Al di là dei numeri: l'esperienza

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 come il nostro obiettivo non potesse, né intendesse fornire un'analisi esaustiva volta ad una generalizzazione dei dati raccolti. Il nostro scopo è stato piuttosto quello di mettere in luce alcune caratteristiche della professione raccontate da chi il mestiere lo svolge e lo vive direttamente, andando ad incontrare i nostri interlocutori nel loro studio di valle o di città. 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; ad accomunarli è l'esercizio almeno ventennale della professione.

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 professionale. 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'iniziativa 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.

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 approfondita 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

Altri elementi scaturiscono dall'inchiesta qualitativa. Ad esempio, 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 proietta in direzione interdisciplinare e pluriprofessionale.

Ma vi è di più. 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 mantengano il più possibile al suo domicilio.

Formazione e futuro professionale

Un altro punto importante è la preparazione alla professione. 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 mediante un periodo di stage da effettuarsi presso uno studio medico già avviato. Si afferma così l'utilità di affinare la propria professionalità in un contesto diverso rispetto a quello ospedaliero per avvicinarne la casistica specifica. Sempre in ambito formativo, si ritiene 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”. Si evoca pertanto il rischio di vedere scomparire irrimediabilmente, in queste aree geografiche, una competenza fondamentale di approccio olistico alla malattia, quella stessa che è impersonata dal medico di famiglia.

Un ulteriore interrogativo riguardo a questa figura professionale è di tipo qualitativo: nel 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 medi-lunghi per conoscere adeguatamente il territorio ticinese e la sua rete sanitaria.

CONCLUSIONI

Se sul piano federale nulla sarà intrapreso riguardo al sistema di formazione, il numero di nuove leve tra i neodiplomati ticinesi in medicina umana sarà largamente insufficiente per sopperire alla prospettata carenza di medici di famiglia entro il 2030. Viste le riserve etiche riguardanti il ricorso all’immigrazione messe in evidenza sia dal mondo politico sia dagli stessi amministratori della politica sanitaria svizzera, e considerata la consapevolezza che anche i paesi vicini sono confrontati con lo stesso fenomeno di una crescente difficoltà nel rinnovare il personale medico e sanitario, urge esaminare la questione e immaginare opzioni praticabili per ovviare alle conseguenze della prevista penuria. La sfida è quella di non trovarsi con bisogni di cura scoperti o di fronte a un peggioramento della qualità del sistema sanitario che non sia stato deciso con cognizione di causa.

Assi di lavoro per ovviare alla penuria di medici di famiglia e garantire un’offerta adeguata di prestazioni medico-sanitarie

Probabilmente, la via da seguire sarà l’integrazione di più soluzioni, di più misure di diverso genere. Ottenere un risultato in questo senso appare pertanto sin dall’inizio un’operazione difficile e complessa da realizzare, dal momento che si tratta di disegnare una mappa strategica che deve integrare in modo organico e coerente obiettivi politici e strategici di politica sanitaria di competenza dei diversi livelli amministrativi dello Stato (Confederazione, Cantoni, consorzi intercantionali,...), ottenendo l’adesione delle diverse categorie professionali che operano nel settore (medici specialisti, medici generalisti, farmacisti, infermieri, fisioterapisti...) e di altre associazioni di categoria (assicuratori, assicurati, pazienti, ...), senza dimenticare il mondo della formazione (università, facoltà di medicina, ...).

Qui di seguito ci permettiamo di riportare una serie di assi di lavoro che andrebbero considerati (studiati e valutati nel dettaglio) nella ricerca di soluzioni volte a ovviare alla prospettata penuria di medici di famiglia e a garantire una copertura medico-sanitaria di qualità anche nei prossimi decenni:

- un investimento nella formazione per aumentare il numero dei medici di famiglia di provenienza ticinese (possibili obiettivi da contemplare potrebbero essere l’aumento

sia del numero di matricole laddove c'è il *numerus clausus* sia del numero di studenti che superano la selezione intra-universitaria nelle altre facoltà, 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, l'istituzione del Master in medicina ticinese che consideri la medicina di famiglia tra i suoi sbocchi);

- il miglioramento dell'informazione e della comunicazione per e tra i medici a sostegno della loro efficacia sia per quel che concerne la gestione dei dati clinici sia per il disbrigo degli aspetti contabili e amministrativi;
- l'estensione delle reti di cure integrate che ridefiniscano e mettano in valore ruoli, competenze e responsabilità specifiche di ogni figura (operatore) medico-sanitaria mettendo a profitto l'enorme potenziale delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione nella gestione del paziente e degli itinerari clinici;
- la promozione della prevenzione e dell'educazione del paziente (Health Literacy) volte a contenere la domanda di prestazioni medico-sanitarie relative all'insorgenza e alla cura delle malattie croniche che si prospettano essere il nuovo fronte della medicina dei prossimi decenni;
- la riconsiderazione delle modalità di finanziamento del reddito dei medici di famiglia, affinché risulti indipendente dalla fatturazione delle singole prestazioni, sia nell'ottica di rendere più attraente e sostenibile l'esercizio della professione anche da un punto di vista finanziario, sia nell'ottica dell'implementazione di un altro tipo di presa in carico della popolazione da parte della medicina di famiglia, e della medicina di famiglia da parte dell'ordinamento sociale.

SYNOPSIS

EINFÜHRUNG

Das Mandat

Angesichts der wachsenden Knappheit der Hausärzte in der Schweiz und in unserem Kanton sowie der Entwicklung des entsprechenden Berufsbilds in den nächsten zwei Jahrzehnten hat die Ärztekammer des Kantons Tessin (OMCT) aus einer proaktiven Sicht das Departement Gesundheit der SUPSI mit einer Studie beauftragt, welche die aktuelle Situation der Hausärzte in unserem Kanton ermitteln und einen konkreten Bezugsrahmen für ein Nachdenken über die Situation bieten soll, mit der wir im Jahr 2030 konfrontiert sein könnten, wenn keine angemessenen Strategien entwickelt werden, um die derzeitigen Tendenzen zu korrigieren.

Anlage der Studie

Auf der einen Seite konzentriert sich die Studie zunächst auf die Analyse der aktuellen Inanspruchnahme der Hausärzte und des demografischen Wandels mit seinen epidemiologischen Auswirkungen, um ein "Status quo"-Szenario des Hausärztebedarfs im Tessin im Jahr 2030 zu erstellen. Dies ermöglichte seinerseits eine Schätzung des Nachwuchses, der bis 2030 seine Tätigkeit aufnehmen müsste, um - unter Berücksichtigung der Ärztedemografie - den heutigen Standard der Hausarztmedizin zu gewährleisten (TEIL I).

Auf der anderen Seite erlaubte die Analyse der Interviews mit vier Hausärzten, die über jahrzehntelange Erfahrung im Kanton verfügen, deren Erfahrungen und Wünsche hinsichtlich Gegenwart und Zukunft der medizinischen Nahversorgung zu erkunden und dabei Elemente und relevante Ideen für die Entwicklung einer Politik zu erhalten, die diese effektiv unterstützen kann (TEIL II).

Die Studie schliesst mit dem Vorschlag einer Reihe von Arbeitssträngen, die in Betracht gezogen werden sollten, um den vorhergesehenen Mangel an Hausärzten zu vermeiden und auch in den kommenden Jahrzehnten eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten (SCHLUSSFOLGERUNGEN).

TEIL I – BEDARF AN HAUSÄRZTEN IM TESSIN 2010-2030

Die Inanspruchnahme des Hausarztes im Tessin heute

Derzeit geben etwa neun von zehn Bewohnern im Kanton Tessin an, dass sie einen persönlichen Hausarzt haben, den sie bei den meisten gesundheitlichen Problemen aufsuchen. Diese Situation stimmt perfekt mit den nationalen Daten überein. Laut den letzten verfügbaren Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 gehen

fast zwei Drittel der Tessiner (64,2%) mindestens einmal pro Jahr und fast ein Viertel (22,7%) dreimal oder noch häufiger zum Hausarzt.

Unter den älteren Menschen ab 65 Jahren, die ihren Wohnsitz im Kanton haben und zu Hause leben, steigt der Anteil derer, die den Hausarzt mindestens einmal pro Jahr konsultiert haben, auf mehr als drei Viertel, fast vier Fünftel (77,9%).

Nach Angaben von *Santésuisse* verzeichneten die Hausärzte im Tessin im Jahr 2010 ein Patientenaufkommen von rund einer Million Personen, d.h. etwas mehr als drei Besuche (3,2) im Durchschnitt pro Einwohner. Aber die durchschnittliche Zahl der Konsultationen pro Jahr und Einwohner wächst sehr deutlich mit dem Alter. Während es bis zum Alter von 40 Jahren weniger als 2 Konsultationen sind, so überschreitet die Bevölkerung ab 65 Jahren die Schwelle von 6 Konsultationen pro Einwohner. Und unter denen, die älter als 85 Jahre sind, überschreitet die durchschnittliche jährliche Zahl der Besuche beim Hausarzt pro Kopf zehn Konsultationen; bei den Neunzigjährigen sind es fast 14.

Im Gegensatz zum Facharzt untersucht der Hausarzt seine Patienten nicht nur in der Arztpraxis. Je nach klinischer Situation oder Besonderheiten des Patienten können die Untersuchungen auch zu Hause durchgeführt werden. Im Jahr 2010 war dies bei 7% der Konsultationen der Fall. Der Anteil der Hausbesuche wächst jedoch exponentiell mit dem Alter der Patienten. Was die männlichen Patienten betrifft, so beträgt der Anteil von Hausbesuchen bei 41-65-Jährigen 1,1%, bei den über Neunzigjährigen hingegen etwa ein Drittel (35,9%). Ähnlich verhält es sich bei Frauen, wobei der Anteil der Hausbesuche sogar noch höher liegt, insbesondere für höhere Altersgruppen: angefangen mit 1, 4% bei 41-65-Jährigen bis zu etwa zur Hälfte (47,3%) bei den über Neunzigjährigen.

Die Inanspruchnahme des Hausarztes im Tessin im Jahre 2030

Wenn von 2010 bis 2030 die in Betracht gezogenen Einwohnerkategorien sich weiterhin in demselben Ausmass an den Hausarzt wenden würden, müsste die Zahl dieser Patienten im Kanton etwa um 27'000 steigen und würde somit insgesamt die Zahl von 213'054 Patienten pro Jahr erreichen, relativ betrachtet ein geschätzter Anstieg von 14,7%.

Wenn sich in den nächsten Jahrzehnten die *durchschnittliche, für das Jahr 2010 festgehaltene Zahl der jährlichen Konsultationen beim Hausarzt* für Männer und Frauen der in Betracht gezogenen Altersgruppen bestätigen sollte, dürfte sich die Gesamtmenge der Konsultationen im Jahr 2030 schätzungsweise auf ca. 1'350'000 belaufen, 300.000 mehr als im Jahr 2010: eine Steigerung von 28%, also fast ein Drittel mehr. Dies ist eine beeindruckende Zahl, wenn man bedenkt, dass der entsprechende Bevölkerungszuwachs zur gleichen Zeit "nur" 11,6% betragen dürfte. Die Differenz erklärt sich durch die strukturelle Alterung der Bevölkerung, die sich tendenziell vermehrt an den Hausarzt wenden wird.

Der Anteil der Arztbesuche von unter 41-Jährigen wird von 17,8% (fast jeder Fünfte) im Jahr 2010 auf 13,1% (etwa jeder Achte) im Jahr 2030 sinken. Im Jahr 2010 stellten die

Arztbesuche von Menschen im Alter ab 66 Jahren die Hälfte aller Konsultationen (49,9%) dar. Im Jahr 2030 werden diese auf 57,3% steigen. Von 2010 bis 2030 dürfte sich die Gesamtzahl der Konsultationen für Menschen im Alter ab 80 Jahren verdoppeln, von 179'735 auf 357'817. Während diese weniger als ein Fünftel aller Konsultationen des Jahres 2010 darstellten (17%), dürften sie im Jahre 2030 ein Viertel überschritten haben (26,5%). Noch stärker dürfte der Anstieg der Konsultationen bei über neunzigjährigen Patienten sein; sie werden sich voraussichtlich von 2010 bis 2020 verdoppeln (von 34'467 auf 65'440: +90%) und bis 2030 verdreifachen (von 34'467 auf 100'311: +191%).

Im Hinblick auf die Entwicklung der Struktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und die Tatsache, dass die meisten der älteren Menschen zu Hause besucht werden, würde die Gesamtzahl der Konsultationen zu Hause von rund 74.000 Personen im Jahr 2010 auf eine Gesamtzahl von fast 135.000 im Jahr 2030 steigen, was einen Anstieg von 82% (+ 61'000 Konsultationen), fast das Doppelte, bedeutet. In anderen Worten: Während im Jahr 2010 die Konsultationen zu Hause 7% ausmachten, dürften es im Jahr 2030 10% sein. Diese Tatsache ist nicht zu unterschätzen, wenn man den zukünftigen Bedarf an Hausärzten im Kanton bedenkt, da Hausbesuche im Vergleich zu Untersuchungen in der eigenen Arztpraxis einen höheren Organisations- und Zeitaufwand bedeuten.

Anzahl der im Tessin tätigen Hausärzte

Nach der FMH-Ärztestatistik waren am 31. Dezember 2010 im Tessin 320 Hausärzte tätig, d.h. ein Hausarzt auf je 1043 Einwohner. Schweizweit kam am selben Stichtag ein Hausarzt auf je 989 Einwohner, im Durchschnitt 54 Patienten weniger pro Arzt.

Der Frauenanteil unter den Hausärzten im Kanton Tessin ist geringer als 30%. Grosse Unterschiede gibt es je nach Tätigkeitsbereich. So liegt im ambulanten Bereich der Anteil der Frauen noch niedriger, bei ca. einem Fünftel, während er im Spitalbereich 40% überschreitet. Im Allgemeinen ist das Alter der praktizierenden Frauen niedriger als das der Männer.

Etwa drei Viertel der Hausärzte arbeiten im ambulanten Bereich. Männer sind in diesem Bereich viel stärker vertreten als Frauen. Von den männlichen Hausärzten arbeiten vier Fünftel im ambulanten Bereich, während bei den weiblichen Hausärzten dieser Anteil auf zwei Drittel sinkt. Umgekehrt lässt sich erkennen, dass der Spitalbereich für Frauen mit typischen Hausarzt - Spezialisierungen viel attraktiver zu sein scheint. So ist jede dritte dieser Ärztinnen im Spitalbereich tätig. Von den Männern mit diesen Spezialisierungen arbeitet nur jeder fünfte in diesem Bereich.

Die geschätzte durchschnittliche Beschäftigungsquote der Hausärzte im Tessin beläuft sich auf 9 halbe Tage Arbeit pro Woche, das entspricht einem Beschäftigungsgrad von 90%. Im ambulanten Bereich scheinen Frauen eine niedrigere Beschäftigungsquote als Männer zu bevorzugen, im Durchschnitt einen Tag weniger pro Woche (Männer: 88%, Frauen: 77%). Es ist deutlich zu erkennen, dass die durchschnittliche

Beschäftigungsquote im Spitalbereich mit 103% höher liegt als im ambulanten Bereich (86%). Die Tatsache, dass im Spitalbereich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen ersichtlich sind, lässt sich dadurch erklären, dass die postgraduale Arztausbildung im Spitalbereich erfolgt und dass es in diesem Abschnitt der Karriere schwieriger ist, die Arbeitszeit zu reduzieren.

Bedarf an Hausärzten im Tessin im Jahr 2030

Ende 2010 wird die Zahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten (FTE) in der Hausarztmedizin im Tessin auf 288 Einheiten geschätzt. Um ein „Status-Quo-Szenario“ des Bedarfs an Hausärzten im Jahr 2030 zu berechnen, wird die Zunahme der Gesamtzahl der Konsultationen berücksichtigt, die entsprechend der demografischen Entwicklung und der durchschnittlichen Anzahl der jährlichen Konsultationen gemäss den Alters-und-Geschlechtsgruppen zunimmt. Wenn sich also im Jahr 2010 die Zahl der FTE Beschäftigten, die 1'054'325 Konsultationen durchgeführt haben, auf 288 belief, dann dürften im Jahr 2020 335 FTE Beschäftigte benötigt werden, um 1'225'145 Konsultationen durchzuführen, und im Jahr 2030 dürfte der Bedarf an FTE Beschäftigten auf 369 steigen, um 1'352'449 Konsultationen durchzuführen.

Wenn wir auch die durchschnittliche Beschäftigungsquote als konstant voraussetzen, das heisst 90%, dann müssten im Jahr 2030 im Tessin 410 Hausärzte arbeiten, 90 mehr als im Jahr 2010. Darüber hinaus werden im Jahr 2030 nur 82 von den 320 im Jahr 2010 praktizierenden Ärzten noch nicht das Alter von 65 Jahren erreicht haben. Dies bedeutet, dass 238 von ihnen das Rentenalter erreicht oder überschritten haben werden. Mit wenigen Ausnahmen werden sie ihre Tätigkeit aufgeben haben und müssen binnen 2030 ersetzt werden.

Der Nachwuchsbedarf bis 2030 liegt daher bei mindestens 328 neuen Hausärzten (90 als Folge der demografischen Veränderungen, 238 wegen der Alterung und Pensionierung der gegenwärtig tätigen Hausärzte); d.h. ein durchschnittlicher Bedarf an neuen Hausärzten von etwa 16 pro Jahr über einen Zeitraum von 20 Jahren (von 2010 bis 2030).

Rekrutierung

Um bei den Hausärzten einen Nachwuchs zu gewährleisten, der den in unserem „Status-Quo“-Szenario angenommenen Bedarf deckt, können verschiedene Rekrutierungspotenziale genutzt werden. Naheliegend für die Nachwuchsförderung für das Tessin ist die Ausbildung junger Menschen, die im Kanton aufgewachsen sind, gerade wegen der Besonderheit dieses Berufs, der Empathie sowie sprachliche und kulturelle Nähe zu den Patienten erfordert. Die Zahl der Tessiner Absolventen eines Medizinstudiums, die ein Diplom in Humanmedizin an einer Schweizer Universität erhalten, beträgt etwa 20 pro Jahr (Durchschnitt der Absolventen im Zeitraum 2006-2011: 19,1). Wenn wir die historischen Daten betrachten, ausgehend vom Jahr 2005, lässt sich feststellen, dass diese Zahl über die letzten 7 Jahre konstant geblieben ist.

Wie viele der jährlich 20 Absolventen der Humanmedizin werden sich für die Hausarztmedizin entscheiden? Wenn wir den Anteil der Hausärzte unter den praktizierenden Ärzten im Kanton betrachten (28% im Jahr 2010), kann man davon ausgehen, dass in den kommenden Jahrzehnten ungefähr 5-6 neue, im Tessin aufgewachsene und an einer Schweizer Universität ausgebildete Hausärzte pro Jahr in den Beruf einsteigen werden. Angesichts der bisherigen jährlichen Studienanfängerzahl in Humanmedizin an den Schweizer Fakultäten (im Durchschnitt kamen im Zeitraum 2005-2011 33 Studienanfänger pro Jahr aus dem Kanton Tessin), scheint es unwahrscheinlich, dass es in den kommenden Jahren mehr Nachwuchshausärzte geben wird, zumindest bis 2025, wenn man bedenkt, dass für die Ausbildung eines Hausarztes 12 Jahre zu veranschlagen sind.

Die geschätzte Zahl der Tessiner Studierenden an italienischen Universitäten beträgt etwa 30-40. Analog zur geschätzten Zahl der Absolventen an Schweizer Universitäten ist zu erwarten, dass jedes Jahr von den 5-7 potenziellen Absolventen der Humanmedizin im Ausland, nur einer, vielleicht zwei sich zur Hausarztmedizin hinwenden werden (28% von 5 ergibt 1,4; von 7 ergibt 1,9).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Wenn voraussichtlich 5-6 Nachwuchsärzte pro Jahr von Schweizer Universitäten und 1 oder 2 von italienischen Universitäten in den Beruf einsteigen, dann dürfte in den kommenden Jahren die Tessiner Ausbildung von jungen Ärzten insgesamt einen Nachwuchs von ca. 6-8 Hausärzten pro Jahr bringen. Im besten Fall würde diese Zunahme die Hälfte des durchschnittlichen Jahresbedarfs an neuen Hausärzten decken, die nötig sind, um im Jahr 2030 den Leistungsstand von heute sicherzustellen. Unser "Status-Quo- Szenario“, welches im Zeitraum 2010-2030 jährlich einen Bedarf an 16 neuen Hausärzten voraussieht, ist daher nicht vertretbar, wenn man nicht auf das Ausbildungssystem und / oder auf die Entscheidungen unserer Studierenden der Humanmedizin einwirkt und sie dazu anregt, sich mehr in Richtung Hausarztmedizin anstatt auf andere Spezialisierungsrichtungen zu orientieren. Wenn man nur mit der Zahl der Ärzte arbeitet, bleibt die Alternative, auf andere Schweizer Ärzte oder auf ausländische Ärzte zurückzugreifen. Aber auf politischer Ebene ist darauf hinzuweisen, dass ein ethisches Problem entsteht, wenn man aus anderen Ländern dort ebenso benötigte Humanressourcen (Ärzte und Gesundheitsfachpersonal) abzieht, ohne deren Ausbildung zu übernehmen.

TEIL II – WAS SAGEN DIE HAUSÄRZTE UND –ÄRZTINNEN DAZU?

Jenseits der Zahlen: Die Erfahrung

Das Forschungsmandat umfasste auch einen qualitativen Teil der Studie, welcher anhand einiger semi-strukturierter Interviews die Rolle und die langfristige Entwicklung des Hausarztberufes im Tessin verdeutlichen sollte. Die vier in Auftrag gegebenen Interviews

wurden mit Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen territorialen Realitäten durchgeführt, sowohl im städtischen Umfeld als auch in den Tälern des Kantons Tessin. Die im Vergleich zu den in der Region praktizierenden Ärzten geringe Anzahl der Befragten lässt erkennen, dass unser Ziel nicht darin bestehen sollte bzw. konnte, eine umfassende Analyse in Hinblick auf eine Verallgemeinerung der gesammelten Daten zu liefern. Unser Ziel war es vielmehr, einige spezifische Merkmale des Berufes hervorzuheben, anhand der Aussagen derer, die diesen Beruf ausüben und ihn aus nächster Nähe kennen. Dazu haben wir unsere Ansprechpartner direkt in ihrer Praxis im Tal oder in der Stadt besucht. Die Befragten sind alle Hausärzte mit einer sehr umfangreichen und differenzierten Erfahrung: Teils führen sie eine Gemeinschaftspraxis mit anderen, teils führen sie ihre Praxis allein; allen gemeinsam ist eine mindestens 20jährige Berufsausübung.

Eine starke territoriale Verwurzelung

Die tiefe Verwurzelung des Hausarztes in seinem Umfeld und im Gebiet, in dem er seine Tätigkeit ausübt, ist ein erstes Element, das seine berufliche Realität charakterisiert. Diese Verwurzelung ergibt sich aus der Erfahrung, der eine wichtige Rolle zukommt: Dank regelmässiger Besuche kennen Hausärzte und Hausärztinnen die Patienten und ihre Familienangehörigen eingehend, ebenso wie die örtliche Gemeinschaft mit ihren epidemiologischen und sozio-anthropologischen Merkmalen. Der enge Kontakt zwischen der Hausarztmedizin und dem jeweiligen Umfeld ermöglicht auch die Entwicklung von Initiativen zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung im Referenzgebiet, insbesondere in den Tälern.

Der ganzheitliche Ansatz

Eine weitere wesentliche Komponente besteht in einem ganzheitlichen Ansatz, d.h. der Patient wird in seiner gesamten entwicklungsbedingten und existentiellen Gesamtheit wahrgenommen und umfassend betreut. Dieser Ansatz erfordert technisch-fachliche Fähigkeiten, die sämtliche Lebensphasen (von der Geburt bis zum Tod) umfassen und zugleich Erkrankungen verschiedenster Art betreffen: von der Notfallmedizin bis hin zu leichten psychosozialen Störungen. Vor allem der letztere Interventionsbereich hat sich in den vergangenen Jahren auch aufgrund der derzeitigen sozio-ökonomischen Krise bedeutend ausgeweitet,

Die Beziehung zum Patienten

Die Hauptauswirkung dieser umfassenden Betreuung ist die Zentralität der Beziehung, die umso intensiver und tiefgehender ist, je mehr man das Lebensumfeld, das familiäre Milieu und den soziokulturellen Kontext des Patienten kennt. Diese Nähe und die enge Beziehung erlauben es dem Hausarzt, die Erfordernisse der Behandlung wirkungsvoll zu kontextualisieren, um eine methodisch stringente, vertiefte Diagnose zu erstellen und Ängste und Befürchtungen zu vermindern, indem er ein Vertrauensverhältnis herstellt und gleichzeitig mit seiner Diagnose und Prognose als Autoritätsperson anerkannt wird.

Darüber hinaus wirkt sich die Beziehungsdimension auch deutlich auf eine bessere Nutzung der neuen, im Gesundheitswesen viel eingesetzten Kommunikationstechnologien aus; sie ist ein sehr effizientes qualitatives Element und erleichtert den technisch-informativen Austausch unter den Fachleuten.

Analog dazu erlaubt es das direkte, enge und "empathische" (vertrauensvolle) Verhältnis, welches der Hausarzt/die Hausärztin mit dem Patienten unterhält, mit Informationen und Bedürfnissen des Patienten besser umzugehen; der Arzt kann sie in einen wissenschaftlichen, allgemein anerkannten Kontext überführen und somit in eine sachliche Richtung lenken. Auf diese Weise werden in einigen Fällen die Angst und die Sorgen gemindert, die durch eventuelle Informationen entstehen, welche sich der Patient selbst im Internet verschafft hat.

Die Bedeutung des sozialen und gesundheitlichen territorialen Netzwerkes

Weitere Elemente ergeben sich aus der qualitativen Untersuchung. Zum Beispiel zeigt sich eindeutig die Wichtigkeit des sozialen und gesundheitlichen territorialen Netzwerkes: Austausch und Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (von den stärker institutionalisierten Knotenpunkten wie den Spitälern bis zu den häuslichen Betreuungs- und Pflegediensten) führen zu einer besseren Betreuung des Patienten und verleihen dieser eine interdisziplinäre, berufsübergreifende Richtung.

Aber noch etwas kommt hinzu. Wenn man die Komplexität der Aufgaben berücksichtigt, welche die Gesundheit / die Krankheit der Bevölkerung betreffen, stellt ein solches Netzwerk eine äusserst wichtige Ressource dar, um der Last und dem Druck des aufreibenden Arbeitsrhythmus – sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene – standzuhalten. Dies gilt nicht nur für den unmittelbaren Berufsalltag des Hausarztes, sondern auch langfristig.

In dieser Hinsicht könnte eine Möglichkeit, um die verschiedenen Aufgaben des Hausarztes zu reduzieren und den Nachwuchsproblemen vor allem in den abgelegenen Gebieten zu begegnen, darin bestehen, auf anderes Fachpersonal zurückzugreifen. So könnte man etwa an eine fruchtbare Zusammenarbeit mit dem Fachpflegepersonal denken, wie in den Interviews gesagt wurde. Auf diese Weise könnte den Patienten eine Nahversorgung geboten werden, die es erlaubt, sie so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu belassen.

Ausbildung und berufliche Zukunft

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Berufsausbildung. Die Befragten haben im Wesentlichen ein positives Urteil über die derzeit angebotene Ausbildung abgegeben, welche eine angemessene internistische Basis liefert, um gute Kompetenzen in den verschiedenen Fachrichtungen auszubilden. Aber in dieser Hinsicht wird auch die Notwendigkeit betont, gute Kenntnisse auf dem Gebiet der Notfallmedizin zu erwerben, ebenso wie eine Ausbildung in direktem Kontakt mit dem Territorium: Zu fördern ist ein

erfahrungsbasiertes Lernen, zum Beispiel mittels eines Praktikums in einer bereits bestehenden Arztpraxis. Hier können die eigenen Fähigkeiten in einem anderen Kontext als dem des Spitals verfeinert werden, um sich dann spezifischen Fällen anzunähern. Im Rahmen der Ausbildung hält man es auch für angebracht, angemessen auf die psychosozialen Aspekte des Berufs einzugehen, vor allem im Hinblick auf die Beziehung und die Kommunikation mit den Patienten. All dies sollte schon in der Grundausbildung beginnen, wünschenswert ist aber, dass diese Inhalte in der Weiterbildung vertieft und perfektioniert werden.

Mit Blick auf die Zukunft werden Bedenken darüber geäußert, dass die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung junger Ärzte dazu führen könnten, dass eine gute Nahversorgung in Frage gestellt ist, die den Pflegebedarf der ganzen Bevölkerung abdeckt, vor allem in abgelegenen Gebieten, wo es nach wie vor problematisch ist, Ärztenachwuchs anzuziehen. Es wird also auf die Gefahr hingewiesen, dass in diesen Gegenden eine Kernkompetenz des ganzheitlichen Ansatzes unwiederbringlich verschwinden könnte; diejenige Kompetenz, die der Hausarzt verkörpert.

Eine weitere Frage hinsichtlich dieser Berufsfigur ist qualitativer Art: Falls die "neuen Generationen" der Hausärzte aus deutlich "anderen" sozio-kulturellen Kontexten herkommen sollten, stellt sich die Frage, ob diese Ärzte nicht eine mittlere bis lange Zeitspanne brauchen würden, um das Tessiner Gebiet und sein Gesundheitsnetz ausreichend kennenzulernen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Wenn auf Bundesebene in Bezug auf das Ausbildungssystem nichts unternommen wird, wird der Nachwuchs unter den Tessiner Absolventen der Humanmedizin bei weitem nicht ausreichend sein, um bis 2030 dem vorhergesehenen Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken. Aufgrund der ethischen Bedenken gegenüber einem Rückgriff auf Immigranten, die sowohl von den Politikern als auch von den Verwaltern der Schweizer Gesundheitspolitik selbst geäußert wurden, und angesichts der Erkenntnis, dass die Nachbarländer mit dem gleichen Phänomen eines zunehmenden Mangels an Ärzten und Pflegepersonal konfrontiert sind, ist es dringend notwendig, sich dem Problem zu stellen und praktikable Lösungen auszudenken, um die Auswirkungen des vorhergesehenen Mangels zu vermeiden. Die Herausforderung besteht darin, es nicht zu einem Pflegenotstand oder zu einer qualitativen Verschlechterung des Gesundheitssystems kommen zu lassen, ohne dass dies bewusst beschlossen würde.

Arbeitsschwerpunkte zur Behebung des Hausärztemangels und zur Gewährleistung einer angemessenen Gesundheitsversorgung

Wahrscheinlich wird der richtige Weg die Integration von mehreren Lösungen, von mehreren Maßnahmen verschiedener Art sein. Daher scheint es schon von Beginn an ein

schwieriges, komplexes Unterfangen zu sein, ein Ergebnis in dieser Richtung zu erreichen: Es geht darum, einen Strategieplan zu entwickeln, welcher konsequent politische und strategische Ziele der Gesundheitspolitik in Einklang bringt, die in den Zuständigkeitsbereich verschiedener staatlicher Verwaltungsbereiche fallen (Bund, Kantone, kantonsübergreifende Konsortien usw.). Dabei sind auch die verschiedenen in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen (Fachärzte, Allgemeinärzte, Apotheker, Pflegepersonal, Physiotherapeuten usw.) und andere Verbände (Versicherer, Versicherte, Patienten usw.) für die Mitarbeit zu gewinnen, ebenso wie der Bereich der Ausbildung (Universitäten, medizinische Fakultäten).

In der Folge möchten wir eine Reihe von Arbeitsthemen auflisten, die bei der Suche nach Lösungen berücksichtigt (analysiert und im Detail ausgewertet) werden sollten; mit dem Ziel, dem erwarteten Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken und auch in den kommenden Jahrzehnten eine qualitativ hohe Gesundheitsversorgung zu gewährleisten:

- Investitionen in die Ausbildung, um die Zahl der Hausärzte mit Tessiner Herkunft zu vergrössern (mögliche Ziele könnten sein: Erhöhung der Erstsemesterzahl an Fakultäten mit *Numerus clausus*; Erhöhung der Zahl der Studierenden, welche die universitätsinterne Selektion an den anderen Fakultäten bestehen, Orientierung eines größeren Anteils an Studierenden der Humanmedizin in Richtung Hausarztmedizin, Finanzierung eines Semesters in einer Arztpraxis für die Tessiner Praktikanten, Einrichtung der sechsten Schule für Hausärzte im Tessin, Schaffung einer Tessiner Master-Ausbildung mit dem Berufsbild Hausarzt als einer der möglichen Berufsperspektiven).
- Verbesserung der Information für Ärzte und der Kommunikation untereinander, um effizientes Arbeiten zu fördern, sowohl bei der Verwaltung von klinischen Daten wie auch bei der Erledigung buchhalterischer und administrativer Aufgaben.
- Ausbau von Netzwerken der integrierten Betreuung, welche Rollen, Kompetenzen und spezifische Verantwortungsbereiche jeder medizinisch-gesundheitlichen Fachperson neu definieren und aufwerten. Dabei soll das enorme Potenzial der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien bei der Behandlung des Patienten und der klinischen Prozesse genutzt werden.
- Förderung der Prävention und der Aufklärung des Patienten (Health Literacy), um die Nachfrage nach medizinischen und gesundheitlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Entstehung und Behandlung chronischer Krankheiten zu begrenzen, mit denen die Medizin in den kommenden Jahrzehnten voraussichtlich konfrontiert sein wird.
- Überprüfung der Finanzierungsmodalitäten des Einkommens der Hausärzte, so dass dieses unabhängig wird von der Abrechnung der einzelnen Leistungen. Dadurch könnte einerseits die Ausübung des Berufs auch aus finanzieller Sicht

attraktiver und vertretbarer werden und andererseits eine andere Art Versorgung der Bevölkerung durch die Hausarztmedizin implementiert werden, ebenso wie eine Übernahme der Hausarztmedizin durch die Gesellschaftsordnung.

SYNOPSIS

INTRODUCTION

Le mandat

Dans une optique proactive, face à la croissante pénurie de médecins de famille en Suisse et dans notre Canton, comme également face à l'évolution du rôle de ce professionnel dans les vingt prochaines années, l'Ordre des Médecins du Canton du Tessin (OMCT) a commissionné au Département de la santé de la SUPSI la conduite d'une recherche qui "photographie" la situation actuelle de la médecine de famille dans le Canton et qui propose un cadre de référence concret pour réfléchir sur la situation à laquelle nous pourrions être confrontés en 2030, si l'on n'imagine pas des stratégies adéquates pour corriger les tendances en cours.

Organisation de l'étude

D'un côté, l'étude s'est en premier lieu focalisée sur l'analyse du recours actuel aux médecins de famille et de l'évolution démographique avec ses conséquences épidémiologiques, afin de construire un scénario "statu quo" du besoin futur en médecins de famille au Tessin en 2030. Ce dernier a rendu possible, à son tour, l'estimation du nombre de praticiens qui devraient entrer en exercice d'ici à l'année 2030, afin de garantir le standard actuel de la médecine de famille, considérant la démographie du corps médical (PARTIE I).

De l'autre côté, l'analyse des entretiens effectués auprès de 4 médecins de famille comptant une expérience de plusieurs décennies dans le Canton a permis de sonder leur vécu et respectifs souhaits relatifs au présent et futur de la médecine généraliste de proximité, recueillant des éléments et suggestions significatifs pour le développement d'une politique capable de la soutenir réellement (PARTIE II).

L'étude s'achève avec la proposition d'une liste d'axes de travail qui devraient être pris en considération dans la recherche de solutions pour remédier à la prévisible pénurie de médecins de famille et à garantir la couverture médico-sanitaire de qualité également pour les prochaines décennies (CONCLUSIONS).

PARTIE I – DEMANDE EN MEDECINS DE FAMILLE AU TESSIN 2010-2030

Le recours au médecin de famille au Tessin aujourd'hui

Actuellement, environ neuf personnes sur dix résidentes dans le Canton du Tessin disent avoir un médecin de famille personnel auprès duquel elles se rendent pour la plupart de leurs problèmes de santé. Une situation qui est parfaitement alignée sur la donnée nationale. Selon les données les plus récentes disponibles, extraites des résultats de l'Enquête sur la santé en Suisse de 2007, presque deux tiers des Tessinois (64,2%) vont

chez le médecin de famille au moins une fois par année, presque un quart (22,7%) s'y rend trois fois ou plus. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus résidant dans le Canton, la proportion des personnes ayant consulté un médecin de famille au moins une fois dans l'année s'élève à plus de trois quarts, presque quatre cinquièmes (77,9%).

Selon les données de *santésuisse*, au cours de l'année 2010 les médecins de famille au Tessin ont facturé environ un million de consultations, ce qui équivaut à un peu plus de trois consultations (3,2) en moyenne par habitant. Mais le nombre moyen de consultations par année croît de manière très marquée avec l'âge. Si jusqu'à l'âge de 40 ans il reste inférieur à 2, parmi la population de 65 ans et plus il dépasse le seuil de 6 consultations par habitant. Et parmi les personnes de plus de 85 ans, le nombre moyen annuel de visites au médecin de famille par habitant dépasse la dizaine; presque 14 pour les nonagénaires.

Contrairement au médecin spécialiste, le médecin de famille n'ausculte pas ses patients uniquement dans son cabinet médical. Il peut arriver, en fonction de la situation clinique ou de la particularité du patient, que les consultations soient effectuées à domicile. En 2010, cela a été le cas pour le 7% des consultations. Mais la proportion des consultations à domicile croît de manière exponentielle avec l'âge des patients. Pour les consultations données à des patients hommes, l'on passe d'une proportion de consultations à domicile de 1,1% pour les personnes âgées entre 41-65 ans, à une proportion d'environ un tiers (35,9%) pour les personnes dépassant les 90 ans. La situation est similaire pour les femmes, si ce n'est que la proportion des consultations à domicile est encore plus élevée, spécialement pour les tranches d'âges plus avancées: la proportion de 1,4% pour les personnes âgées de 41 à 65 ans s'élève à environ la moitié (47,3%) pour les personnes âgées de plus de 90 ans.

Le recours au médecin de famille au Tessin en 2030

Si de 2010 à 2030, les catégories d'habitants considérées continuaient à recourir au médecin de famille dans le Canton dans les mêmes proportions, le nombre de patients des médecins de famille dans le Canton devrait augmenter d'environ 27'000 unités, arrivant à un total de 213'054 patients en une année, une augmentation estimée à 14,7% en termes relatifs.

Si au cours des prochaines décennies, le *nombre moyen des consultations annuelles du médecin de famille* enregistré en 2010 pour les hommes et les femmes des diverses tranches d'âge considérées devait se confirmer, la quantité totale des consultations au cours de l'année 2030 devrait se situer autour d'une valeur estimée à environ 1'350'000, soit 300'000 de plus qu'en 2010: une augmentation de 28%, presque un tiers de plus. C'est une donnée impressionnante si l'on pense que la population de référence, dans le même laps de temps devrait augmenter de "seulement" 11,6%. La différence s'explique en

raison du vieillissement structurel de la population, laquelle tendrait en fait à recourir de manière accrue au médecin.

La proportion des consultations sollicitées par les personnes âgées de moins de 41 ans diminuera, passant de 17,8% en 2010, presque une sur cinq, à 13,1% en 2030, soit environ une sur huit. En 2010, les consultations concernant les personnes âgées de 66 ans et plus constituaient la moitié de toutes les consultations (49,9%). En 2020 elles augmenteront à 57,3%. De 2010 à 2030, le nombre total des consultations fournies à des personnes âgées de plus de 90 ans devrait doubler, passant de 179'735 à 357'817 unités. Si ces dernières constituaient moins d'un cinquième de toutes les consultations en 2010 (17%), elles devraient dépasser le quart en 2030 (26,5%). Encore plus impressionnante devrait se révéler l'augmentation des consultations concernant les personnes nonagénaires, qui devraient doubler de 2010 à 2020 (de 34'467 à 65'440: +90%) et tripler d'ici à 2030 (de 34'467 à 100'311: +191%).

Considérant l'évolution de la structure de la population par tranches d'âge et du fait qu'une bonne partie des personnes âgées sont auscultées à domicile, la somme des consultations à domicile en 2010 passerait d'un chiffre total de 74'000 unités environ, à un chiffre total proche de 135'000 unités en 2030, enregistrant une augmentation de l'ordre de 82% (+61'000 consultations), soit presque le double. En d'autres termes, si en 2010 les consultations à domicile représentaient le 7% du total, en 2030 elles devraient représenter le 10%, soit une consultation sur dix. Un fait à ne pas sous-estimer lors de l'évaluation du besoin futur en médecins de famille dans le Canton, étant donné que les consultations à domicile impliquent un investissement majeur au niveau de l'organisation du travail et du temps nécessaire, par rapport aux consultations effectuées dans le propre cabinet médical.

Nombre de médecins de famille exerçant au Tessin

Au 31 décembre 2010, selon la Statistique médicale de la FMH, les médecins de famille exerçant dans le Canton du Tessin étaient 320, ce qui correspond à un médecin de famille pour 1043 habitants. Au niveau suisse, à la même date, la couverture était d'un médecin de famille pour 989 habitants, 54 habitants en moyenne de moins pour chaque médecin.

La proportion de femmes parmi les médecins de famille exerçant dans le Canton du Tessin est inférieure à 30%. Une différence importante qui dépend du secteur d'activité. En effet, dans le secteur ambulatoire le pourcentage de femmes est encore plus faible, soit un cinquième environ, alors que dans le secteur hospitalier il dépasse le seuil de 40%. En général, l'âge des femmes en exercice est inférieur à celui des hommes.

Environ trois quarts des médecins de famille exercent dans le secteur ambulatoire. Les hommes sont beaucoup plus présents dans ce secteur proportionnellement aux femmes. Parmi les médecins hommes, quatre cinquièmes travaillent dans le secteur ambulatoire, alors que parmi les médecins femmes, cette proportion diminue pour atteindre le niveau

de deux tiers. Inversement, le secteur hospitalier semble s'avérer plus attractif pour les femmes titulaires des spécialisations typiques du médecin de famille. L'une d'elle sur trois travaille en effet dans le secteur hospitalier. Parmi les hommes titulaires de ces spécialisations, seulement un sur cinq travaille dans ce secteur.

Le taux d'occupation moyen des médecins de famille au Tessin est estimé à 9 demi-journées de travail par semaine, équivalant à un pourcentage de 90%. Dans le secteur ambulatoire, il semble que les femmes préfèrent travailler à un taux d'occupation inférieur à celui des hommes, soit en moyenne un jour de moins par semaine (hommes 88%, femmes 77%). Il apparaît clairement que le taux d'occupation moyen est plus élevé dans le secteur hospitalier (103%) par rapport à celui ambulatoire (86%). Le fait que dans le secteur hospitalier l'on ne rencontre pas de différences entre les hommes et les femmes peut s'expliquer du fait que les médecins suivent leur formation post-diplôme dans le secteur hospitalier et que durant cette période de leur carrière professionnelle, il est plus difficile de réduire le temps de travail.

Besoin en médecins de famille au Tessin en 2030

À la fin 2010, le nombre de praticiens équivalent à un plein temps (EPT) dans le domaine de la médecine de famille au Tessin est estimé à 288 unités. Pour calculer un scénario "statu quo" du besoin de médecin de familles en 2030, l'augmentation du nombre moyen de consultations annuelles selon les tranches d'âge et du sexe a été pris en compte. Ainsi, si en 2010 le nombre de praticiens (EPT) ayant effectué 1'054'325 consultations était de 288 unités, pour effectuer 1'225'145 consultations en 2020 il faudrait compter sur 335 praticiens EPT et en 2030 pour 1'352'449 consultations le besoin en praticiens EPT devrait passer à 369 praticiens.

Si nous devons également considérer constant dans le temps le taux d'occupation moyen, soit 90%, 410 médecins de famille devraient exercer au Tessin en 2030, soit 90 de plus qu'en 2010. Par ailleurs, parmi les 320 médecins exerçant en 2010, seulement 82 n'auront pas encore atteint l'âge de 65 ans en 2030. Cela signifie que 238 d'entre eux auront atteint l'âge de la retraite. Sauf quelques exceptions, ils auront abandonnés l'activité et devront être remplacés d'ici à 2030.

Le besoin total en nouveaux médecins de famille d'ici à 2030 s'élève donc à au moins 328 unités (90 en raison de l'évolution démographique de la population, 238 en raison du vieillissement et de la retraite des médecins de famille actuellement en exercice), en moyenne, un besoin de relève d'environ 16 unités par année sur une période de 20 ans (de 2010 à 2030).

Recrutement

Afin de garantir le renouvellement de médecins de famille nécessaire pour faire face à l'hypothèse du besoin formulée dans notre scénario "statu quo", il est possible de s'adresser à divers bassins de recrutement. La première filière de recrutement des futurs

médecins de famille pour le Tessin à laquelle penser, est celle de la formation des jeunes ayant grandi dans le Canton, justement en raison de la caractéristique du métier, où l'empathie et la proximité, tant linguistique que culturelle, avec le patient joue un rôle fondamental. Le nombre de médecins diplômés provenant du Tessin qui obtiennent un diplôme en médecine humaine dans une faculté de médecine d'une université suisse est d'environ une vingtaine par an (moyenne du nombre de diplômés dans la période 2006-2011: 19,1). En confrontant les données historiques à partir de 2005, leur nombre s'avère être resté constant au cours des 7 dernières années.

Parmi la vingtaine de néo-diplômés en médecine humaine par année, combien choisiront de se consacrer à la médecine de famille? En considérant le taux des médecins de famille parmi les médecins exerçant dans le Canton (28% en 2010), l'hypothèse peut être émise qu'au cours des prochaines décennies, environ 5-6 nouveaux médecins de famille entreront en exercice par année, ayant grandi au Tessin et été formés dans les Universités suisses. Etant donné la série historique du nombre de matricules en médecine humaine dans les facultés suisses (en moyenne 33 matricules par année proviennent du Canton du Tessin dans la période 2005-2011), il est difficile de penser à l'entrée en exercice annuelle d'un nombre plus élevé de médecins de famille au cours des prochaines années, cela au moins jusqu'en 2025, si l'on considère que pour la formation d'un médecin de famille il faut compter 12 ans.

Le nombre d'étudiants tessinois estimé dans les athénées italiennes est d'environ 30-40. Par analogie avec l'estimation réalisée sur la base du nombre des diplômés sortis des universités suisses, nous pouvons nous attendre à ce que chaque année, parmi les possibles 5-7 diplômés en médecine humaine, seulement un, éventuellement deux d'entre eux s'orientera vers la médecine de famille (28% de 5 correspond à 1,4, de 7 équivaut à 1,9).

En résumé, si l'on peut s'attendre à l'arrivée dans la profession de 5-6 nouvelles recrues provenant des facultés suisses par année, et 1 ou 2 de celles italiennes, au cours des prochaines années la formation de jeunes médecins tessinois devrait globalement porter à l'entrée en exercice d'environ 6-8 médecins de famille par année. Dans la meilleure des hypothèses, cette augmentation couvrirait donc la moitié du besoin annuel moyen de nouveaux médecins, nécessaires pour garantir le niveau actuel des prestations également en 2030. Notre scénario "statu quo", qui prévoit un besoin de 16 nouveaux médecins de famille par année dans l'intervalle des années 2010-2030, ne se révèle donc pas soutenable si l'on n'intervient pas sur le système de formation et/ou sur les choix de nos étudiants en médecine humaine, en les incitant à s'orienter vers la médecine de famille plutôt que vers d'autres spécialisations. L'alternative, en se limitant à travailler sur le nombre de médecins, consiste en le recours aux médecins confédérés ou étrangers. Mais au niveau politique, il est à relever qu'il existe un problème d'ordre éthique dans le fait de

«soustraire» des ressources humaines (médecins et opérateurs sanitaires) à d'autres pays qui en ont également besoin, sans assumer le coût de leur formation.

PARTIE II - PAROLE DE MEDECIN DE FAMILLE

Au-delà des chiffres: l'expérience

Le mandat prévoit également une partie d'étude de caractère qualitatif, qui puisse illustrer le rôle et l'évolution dans le temps de la profession de médecin de famille sur le territoire tessinois, par le biais de quelques entretiens semi-structurés. Les quatre entretiens mandatés ont impliqués des professionnels, hommes et femmes, exerçant dans des réalités territoriales différentes: urbaines et des vallées du Canton du Tessin. Le nombre restreint d'entretiens, par rapport au nombre de professionnels actifs sur le territoire, évidence clairement le fait que notre objectif ne peut et ne souhaite pas fournir une analyse exhaustive destinée à une généralisation des données recueillies. Notre but a plutôt consisté en la mise en exergue de quelques caractéristiques de la profession racontées par qui pratique et vit le métier en personne, allant à la rencontre de nos interlocuteurs dans leur cabinet de vallée ou en ville. Les interviewés sont tous des médecins de famille comptant une très riche expérience: ceux qui partagent le cabinet avec d'autres professionnels, ou en revanche qui travaillent seuls; leur dénominateur commun étant l'exercice de la profession depuis vingt ans au minimum.

Un fort enracinement dans le territoire

Le fort enracinement du médecin de famille dans l'ambiance et le territoire dans lequel il exerce est un premier élément qui en caractérise la réalité professionnelle. Cet enracinement dérive de l'importance conférée à l'expérience, qui consent, grâce à une constante fréquentation, de connaître de manière approfondie les personnes prises en charge, leur famille respective, ainsi que plus en général la communauté locale avec ses caractéristiques épidémiologiques et à la fois socio-anthropologiques. Le lien entre l'exercice de la médecine de proximité et l'ambiance d'appartenance consent également le développement d'initiatives de promotion de la santé auprès de la population de la région de référence, spécialement dans les régions de vallée.

L'approche holistique

Une autre et fondamentale composante consiste en une approche de type holistique, soit une "prise en charge" complète du patient, considéré dans son ensemble évolutif et existentiel. Il s'agit d'une organisation qui considère les capacités techno-spécialistes en mesure de couvrir toutes les phases de la vie (de la naissance à la mort) et, en même temps, de soigner les pathologies de nature très différentes, étendant la prestation du professionnel depuis les soins liés à la médecine d'urgence jusqu'au mal-être psychosocial. En particulier ce dernier domaine d'intervention s'est sensiblement étendu au cours

des dernières années, notamment également suite à la crise socio-économique à laquelle nous sommes confrontés.

La relation avec le patient

L'effet principal d'une telle "prise en charge" à large spectre constitue le centre de la relation, d'autant plus intense et approfondie que l'on connaît le cadre de vie, l'héritage familial et le contexte socio-culturel du patient. Cette proximité et l'intense relation consentent au médecin de famille de contextualiser de manière efficace la demande de soins qui lui est adressée, pour procéder à un diagnostic rigoureux et approfondi et afin d'alléger les anxiétés et peurs, inspirant confiance et réussissant à conférer autorité au propre jugement diagnostique et pronostique. Par ailleurs, la dimension relationnelle intervient également de manière significative dans l'optimisation des nouvelles technologies de la communication – tellement présentes dans le domaine sanitaire –, étant donné son efficacité dans l'apport d'un complément qualitatif et facilitant, grâce au contact personnel, les échanges informatifs et techniques que les professionnels se transmettent.

De même, le rapport direct, proche et "empathique" (confiant) que le médecin de famille entretient avec le patient, lui consent de mieux gérer les informations et les demandes dont ce dernier est porteur, les insérant dans un contexte scientifique et compétant, de manière à atténuer dans certains cas l'anxiété qui peut être provoquée par d'éventuelles nouvelles que le patient peut se procurer sur internet.

L'importance du réseau socio-sanitaire territorial

D'autres éléments ressortent de l'enquête qualitative. Par exemple, l'importance du réseau socio-sanitaire territorial émerge de toute évidence: la confrontation et la collaboration entre les différentes catégories professionnelles qui opèrent (depuis les articulations les plus institutionnelles comme les hôpitaux, aux services d'assistance et de soins à domicile), permettent une meilleure "prise en charge" du patient et la projette en direction interdisciplinaire et pluri professionnelle.

Mais il y a plus. Si l'on tient compte de la complexité de la tâche de faire face aux questions relatives à la santé/maladie de la population, un réseau du genre constitue une ressource incontournable pour gérer la charge et la pression des rythmes effrénés – sur le plan physique et psychologique – qui pèsent sur le médecin de famille. Ceci n'est pas seulement valable dans l'immédiateté de l'exercice de la profession, mais également dans le long terme.

Dans une telle perspective, la possibilité d'un allègement des diverses tâches du médecin de famille ou d'une certaine compensation des difficultés à repérer la relève, avant tout dans les zones plus éloignées du pays, pourraient être identifiées par le recours à d'autres profils professionnels. Dans le cas particuliers, il serait opportun de penser à la fructueuse collaboration, relevée par le biais des interviews, avec des infirmiers spécialisés en vue de

soigner le patient par des interventions de proximité bien distribuées sur le territoire, qui favorisent son maintien à domicile le plus longtemps possible.

Formation et futur professionnel

Un autre point important est la préparation à la profession. Les personnes interrogées ont manifesté une importante satisfaction envers la formation dispensée actuellement, laquelle prévoit une base interniste apte à former de bonnes compétences dans les diverses branches de spécialisations. Mais à ce propos, la nécessité d'acquérir une bonne maîtrise dans le domaine de la médecine d'urgence a été soulignée, comme également l'importance de favoriser un apprentissage en contact direct avec le terrain: il s'agit de promouvoir une formation à travers l'expérience, par exemple par le biais d'un stage à effectuer auprès d'un cabinet médical déjà en activité. Ainsi s'affirme l'utilité d'affiner ses propres compétences professionnelles dans un contexte différent de celui hospitalier pour s'approcher de la casuistique spécifique. Toujours dans le domaine de la formation, on retient opportun d'attribuer la juste importance aux aspects psycho-sociaux liés à la profession, particulièrement en ce qui concerne la dimension relationnelle et communicative; ceci déjà à partir de la formation de base, mais avec le souhait que des contenus similaires soient approfondis et perfectionnés au niveau de la formation continue.

En orientant le regard vers le futur, émerge la préoccupation que la difficulté de recruter des jeunes professionnels puisse compromettre le maintien d'une médecine de proximité bien distribuée sur le territoire, capable de couvrir les besoins curatifs de toute la population, en particulier dans les zones périphériques plus éloignées, où persiste la problématique d'attirer "la relève". Le risque est par conséquent évoqué de voir disparaître irrémédiablement dans ces aires géographiques une compétence fondamentale d'approche holistique de la maladie, elle-même personnifiée par le médecin de famille.

Une autre interrogation concernant ce rôle professionnel est de type qualitatif: dans le cas où les "nouvelles générations" de médecins de famille proviendraient de contextes sociaux-culturels sensiblement "différents", on se demande si ces derniers ne nécessiteraient pas de temps moyen-long pour connaître de manière adéquate le territoire tessinois et son réseau sanitaire.

CONCLUSIONS

Si, sur le plan fédéral, rien ne sera entrepris concernant le système de formation, la relève parmi les nouveaux diplômés tessinois en médecine humaine sera largement insuffisante pour pallier à la prévisible pénurie de médecins de famille d'ici à 2030. Etant donné les réserves éthiques concernant le recours à l'immigration mise en évidence, tant dans le monde diplomatique, que par les administrateurs de la politique sanitaire en Suisse, et étant donné la prise de conscience que les pays voisins sont également confrontés au phénomène d'une croissante pénurie de personnel médical et sanitaire, il devient urgent

d'examiner la question et imaginer des options praticables pour pallier aux conséquences de la pénurie prévisible. L'enjeu est celui de ne pas se trouver face à des besoins de soins découverts ou confrontés à une dégradation de la qualité du système sanitaire qui n'ait pas été décidée en connaissance de cause.

Axes de travail pour pallier à la pénurie de médecins de famille et garantir une offre adéquate de prestations médico-sanitaires

Probablement, la voie à suivre sera l'intégration de plusieurs solutions, de plusieurs mesures de divers type. Obtenir un résultat dans ce sens apparaît donc, dès le départ, une opération difficile et complexe à réaliser, du moment qu'il s'agit d'ébaucher une carte stratégique qui doit intégrer de façon organique et cohérente les objectifs politiques et stratégiques de la politique sanitaire de compétence des différents niveaux administratifs de l'Etat (Confédération, Cantons, consortium inter-cantonaux, ...) et d'autres associations de catégorie (assureurs, assurés, patients, ...), obtenant l'adhésion des diverses catégories professionnelles qui opèrent dans le secteur (médecins spécialisés, médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, physiothérapeutes, ...), sans oublier le monde de la formation (Universités, facultés de médecine, ...).

Ci-dessous, nous nous permettons de reporter une série d'axes de travail qui devraient être pris en considération (étudiés et évalués dans le détail) dans la recherche de solutions destinées à pallier à la perspective d'une pénurie de médecins de famille et à garantir une couverture médico-sanitaire de qualité également pour les prochaines décennies:

- un investissement dans la formation pour augmenter le nombre de médecins de famille de provenance tessinoise (de possibles objectifs pourraient consister en une augmentation du nombre de matricules où existe un *numerus clausus* ou du nombre d'étudiants dans les autres facultés, l'orientation d'une proportion accrue d'étudiants en médecine humaine vers la médecine de famille, le financement d'un semestre dans un studio médical pour les praticiens tessinois, la création au Tessin de la sixième école pour médecins de famille, l'institution du Master en médecine tessinois qui considère la médecine de famille parmi ses débouchés);
- l'amélioration de l'information et de la communication pour et entre les médecins à l'appui de leur efficacité, soit en ce qui concerne la gestion des données cliniques, soit dans l'accomplissement des aspects comptables et administratifs;
- l'extension des réseaux de soins intégrés qui redéfinissent et valorisent les rôles, les compétences et les responsabilités spécifiques de chaque opérateur médico-sanitaire mettant à profit l'énorme potentiel des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la gestion du patient et des itinéraires cliniques;

- la promotion de la prévention et de l'éducation du patient (Health Literacy) destinée à contenir la demande de prestations médicaux-sanitaires relatives aux soins des maladies chroniques, qui, selon les prévisions, constitueront le nouveau front de la médecine des prochaines décennies;
- la reconsidération du mode de financement du revenu des médecins de famille, afin qu'il soit indépendant de la facturation des prestations isolées, aussi bien dans l'optique de rendre plus attractif et supportable l'exercice de la profession également du point de vue financier, que dans l'optique de l'implémentation d'autres formes de prises en charge de la population par la médecine de famille, et de la médecine de famille par le système social.

INTRODUZIONE

Il mandato

La crescente carenza di medici di famiglia in Svizzera e nel nostro Cantone e l'evoluzione della figura di questo professionista nel prossimo ventennio, sono argomenti balzati prepotentemente alla ribalta dell'attualità sanitaria. Essi sono pure fonte di preoccupazione per l'Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT) che ha sentito la necessità di analizzare a fondo la situazione per poter promuovere misure concrete atte a garantire l'offerta qualitativa e quantitativa di prestazioni di medicina di primo ricorso sul territorio.

In un'ottica proattiva, l'Ordine dei medici del cantone Ticino ha quindi commissionato al Dipartimento sanità della SUPSI l'allestimento di uno studio che "fotografi" la situazione attuale della medicina di famiglia nel cantone e che proponga 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.

Definizione di *Medico di famiglia*

La definizione operativa dettagliata del concetto di *Medico di famiglia* utilizzata per approfondire i differenti aspetti della problematica è presentata nel rispettivo riquadro metodologico di ogni capitolo.

In generale, riferendosi alla terminologia del Registro federale delle professioni mediche (MedReg), nel presente studio si considera *Medico di famiglia* ogni "medico generico" e ogni medico le cui specializzazioni sono riconducibili alla "medicina generale", alla "medicina interna" o, a partire da gennaio 2011, alla "medicina interna generale". Su richiesta del committente, non sono stati presi in considerazione i medici pediatri.

Definizione della problematica

L'incremento demografico, ma soprattutto l'invecchiamento strutturale della popolazione con i suoi risvolti epidemiologici, avrà delle ripercussioni certe sulla medicina di cui avremo bisogno nel 2030, tra circa venti anni. L'ipotesi dell'aumento della domanda di prestazioni a fronte del progressivo invecchiamento e la conseguente cessazione dell'attività dei medici di famiglia giunti all'età del pensionamento, come pure la poca attrattiva della professione che si ripercuote sul numero contenuto di nuove leve, necessita la costruzione di scenari per quantificare il reale fabbisogno futuro di medici di famiglia. Per immaginare misure praticabili volte ad ovviare la prevedibile penuria di medici di famiglia è inoltre importante darsi degli strumenti per una miglior comprensione della professione e dei suoi possibili sviluppi attraverso l'esperienza di chi la pratica, giorno dopo giorno, in contesti operativi anche molto diversi gli uni dagli altri del territorio cantonale.

Impostazione dello studio

Da una parte, l'analisi del ricorso attuale della popolazione al medico di famiglia e dell'evoluzione demografica con i suoi risvolti epidemiologici, ha permesso di costruire uno scenario "status quo" del fabbisogno futuro di medici di famiglia nel 2030, che a sua volta ha reso possibile 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. Lo scenario proposto mette in luce la prospettiva di una futura probabile carenza nelle prestazioni erogate, nel caso non si trovino dei correttivi alle tendenze estrapolate dalle serie storiche disponibili, si pensi in particolare al numero insufficiente di nuovi medici di famiglia che saranno formati nei prossimi anni, tenuto conto che per formarne uno si contano una dozzina di anni (PARTE I dello studio).

Dall'altra parte l'analisi qualitativa di uno spaccato della medicina di famiglia praticata nel Cantone, condotta mediante interviste effettuate a 4 medici di famiglia dall'esperienza pluridecennale, ha 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 veramente sostenerla (PARTE II).

Lo studio si conclude con la proposta di un elenco di piste (che non ha la pretesa di essere esaustivo), di assi di lavoro, che andrebbero considerati nella ricerca di soluzioni volte a ovviare alla prospettata penuria di medici di famiglia e garantire una copertura medico-sanitaria di qualità anche nei prossimi decenni (CONCLUSIONI).

PARTE I

FABBISOGNO DI MEDICI DI FAMIGLIA IN TICINO

2010-2030

Ricorso al medico di famiglia in Ticino, oggi

Quante persone hanno un medico di famiglia? Quante di loro lo consultano? Quante volte? Quante consultazioni da un medico di famiglia si contano nel cantone nel corso di un anno? Il nostro studio sulla medicina di famiglia in Ticino si propone di entrare in materia partendo dalla descrizione fattuale degli aspetti principali che ne delineano i contorni. Questo primo passo permette di quantificarne le dimensioni principali e fissarne gli ordini di grandezza. Il primo capitolo che affrontiamo è quello del ricorso della popolazione al medico di famiglia. Nelle pagine che seguono, cerchiamo di tracciare una sorta di profilo di chi va dal medico di famiglia e con che frequenza, tenendo conto delle variabili socio-demografiche disponibili: età e sesso. Per farlo ci siamo basati sui dati dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) condotta nel 2007 (vedi riquadro, p. 44).

Nove Ticinesi su dieci hanno il medico di famiglia

Nove persone residenti nel Cantone Ticino su dieci dicono di avere un medico di famiglia personale, vale a dire un medico dal quale vanno per la maggioranza dei problemi di salute (tab. T1). Una situazione questa che è perfettamente allineata al dato nazionale (2007: TI=89,6%, CH=87,8%).

T1 Ricorso al medico di famiglia nel periodo di un anno

Quante volte è andato(a) dal medico di famiglia negli ultimi 12 mesi?											
Anno di indagine 2007											
Classe d'età	Non ho un medico di famiglia		Nessuna volta		1 a 2 volte		3 volte o più		Totale campione		Pop. 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

Se globalmente si può affermare che quasi tutti hanno un medico di famiglia è interessante rilevare che la proporzione di persone che non ha un medico di famiglia diminuisce man mano che sale l'età. In cifre, se un quinto della popolazione svizzera in età tra i 25 e i 34 anni non dispone di un medico di famiglia (20,5%), tra gli anziani di 75 anni o più solo una persona su venti si trova nella stessa situazione (4,9%). Il campione ticinese non è sufficientemente numeroso per un'analisi dettagliata delle fasce di età. I dati a nostra disposizione ci dicono comunque che il 12,3 % circa degli adulti delle categorie di età di 15-34 anni e di 35-49 anni affermano di non avere un medico di famiglia, mentre tra

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 di 15 anni e più. La rilevazione dei dati avviene tramite un sondaggio telefonico e un successivo questionario scritto. 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.

Oltre all'estrazione di un campione rappresentativo della popolazione sul piano nazionale, i cantoni possono finanziare l'ampliamento del campione relativo al proprio territorio. Ciò permette loro di realizzare delle analisi a livello cantonale. Il Ticino ha sollecitato la rilevazione di dati rappresentativi a livello cantonale fin dalla prima indagine del 1992/93. Successivamente, l'indagine è stata ripetuta nel 1997, nel 2002 e nel 2007. I dati aggiornati più recenti sono quelli del 2007. L'ISS 2012 è in corso: si svolge dal 16 gennaio al 21 dicembre 2012. Sarà interessante verificare se i parametri 2007 utilizzati nel presente studio per le proiezioni 2020 e 2030 saranno grosso modo confermati o se i risultati 2012 ne renderanno necessario l'aggiornamento.

La definizione di **Medico di famiglia nell'ISS** è soggettiva e dipende dall'interpretazione che ne fanno 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: non tutta la popolazione residente in Svizzera di 15 anni e più è effettivamente presa in considerazione dall'ISS. Rientrano nella definizione del campione solo le persone che vivono in un'economia domestica privata allacciata alla rete di telefonia fissa. Le persone che vivono in istituzione (ospedali, case per anziani, prigioni, 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 dei motivi di salute.

le persone di 65 anni e più la proporzione scende al 6,8% circa. Lo scarto delle proporzioni tra popolazione più giovane e più anziana sembra essere più contenuto in Ticino, rispetto al dato nazionale.

Due terzi dei Ticinesi vanno dal medico di famiglia almeno una volta all'anno

Secondo i dati più recenti dell'ISS, quasi due terzi dei Ticinesi (64,2%) vanno dal medico di famiglia almeno una volta all'anno, quasi un quarto (22,7%) ci va tre volte e più. Globalmente la situazione in Ticino non diverge molto da quella registrata a livello

nazionale: 61,3% degli Svizzeri vanno dal medico di famiglia almeno una volta all'anno, il 24,5% ci va almeno tre volte [T1].

In cifre assolute, ciò significa che sono state ben 172'000 all'incirca le persone residenti nel cantone che nel corso del 2007 hanno fatto capo al medico di famiglia: 111'000 per una o due volte, 61'000 per tre volte o più. Tra queste c'erano 93'000 donne (il 65,3% delle donne residenti) e 79'000 uomini (63% degli uomini residenti). Tra gli anziani di 65 anni e più residenti nel cantone, quelli che hanno consultato il medico di famiglia sono stati 48'000 (77,9%).

T2 Ricorso al medico di famiglia nel periodo di un anno, secondo il sesso e l'età, in Svizzera e in Ticino, 2007

Parte della popolazione che è andata dal medico di famiglia almeno una volta negli ultimi 12 mesi					
Anno di indagine 2007					
		Ticino		Svizzera	
		n	% pop	n	% pop
Totale	Totale	934	64.2	11136	61.3
Uomini					
	15-18	(22)	(60.3)	231	58.6
	19-40	83	51.4	1201	48.8
	41-65	156	63.8	2076	59.6
	66-80	90	81	1002	82.5
	81+	(26)	(86)	230	89.8
Donne					
	15-18	(13)	(79)	226	63.7
	19-40	137	57.5	1621	55
	41-65	218	63.9	2606	62.3
	66-80	150	76.8	1519	80.8
	81+	39	77.5	424	83.6
Le cifre tra parentesi con un numero di risposte tra 10 e 29 indicano una rappresentatività statistica limitata, quelle con meno di 10 risposte indicano un manco di affidabilità statistica.					
Fonte: Ufficio federale di statistica, Indagine sulla salute in Svizzera					

La proporzione delle persone che consultano cresce con l'età

Il ricorso al medico di famiglia aumenta in modo molto marcato con l'aumentare dell'età. A partire dai 65 anni almeno quattro persone su cinque consultano il medico di famiglia nel corso di un anno [T2]. Addirittura, per quel che concerne la popolazione più anziana, quella di oltre gli ottant'anni, dove si registra una proporzione superiore all'80% di persone che ricorre al medico di famiglia durante l'anno, il dato risulta sicuramente sottostimato. E questo perché l'Indagine sulla salute in Svizzera non considera le persone che vivono in una economia domestica collettiva. Non sono quindi considerate le persone che risiedono nelle case per anziani, dove spesso si entra per motivi di salute e/o in seguito a dei ricoveri all'ospedale (UST, 2009). Ci si può quindi aspettare che la (quasi) totalità di queste persone che vivono in istituzione vengano visitate dal medico curante almeno una volta all'anno.

Uomini e donne ricorrono in proporzioni simili al medico di famiglia

La proporzione di uomini e la proporzione di donne che ricorrono al medico di famiglia nel corso di un anno (rispettivamente 63% e 65,3%) non differiscono di molto. Questo risultato si conferma nelle grandi linee all'interno delle diverse fasce di età, a livelli percentuali crescenti con l'avanzare degli anni [T2]. Riferendoci ai risultati svizzeri, più solidi (precisi) perché estrapolati da un campione più ampio, ci sentiamo di poter affermare che fino all'età di 40 anni circa le donne tenderebbero ad andare proporzionalmente un po' di più dal medico di famiglia rispetto ai loro coetanei uomini. A partire dai 65 anni invece sarebbero gli uomini ad avere la tendenza a utilizzare maggiormente il medico di famiglia, perlomeno se si considerano gli anziani che non vivono in una casa per anziani. Il condizionale è comunque d'obbligo perché le differenze tra le stime puntuali sono di pochi punti percentuali e soggette a errori di campionamento.

Un milione di consultazioni per 333 mila abitanti

Il numero di consultazioni effettuate nel corso di un anno è un altro indicatore che permette di quantificare l'operato dei medici di famiglia nel cantone. Per approfondire questa dimensione della problematica, abbiamo fatto ricorso ai dati degli assicuratori-malattie. Nel pool di dati di *santésuisse* al quale abbiamo fatto ricorso sono infatti registrate tutte le fatture delle consultazioni mediche inoltrate agli assicuratori dai loro affiliati (vedi riquadro, p. 48).

Tre consultazioni in media all'anno per abitante

Secondo le stime forniteci dell'Osservatorio della salute in Svizzera (Obsan) sulla base delle informazioni disponibili, nel corso del 2010, i medici di famiglia in Ticino hanno fatturato all'incirca un milione di visite. La stima puntuale è di 1'054'325 consultazioni. A fronte di una popolazione residente di 333'753 abitanti, si giunge a un valore annuale

medio delle consultazioni per abitante pari a 3,2 [T3]. A titolo comparativo, lo stesso indicatore relativo al 2007, per tutta la Svizzera, pubblicato dall'Obsan è praticamente uguale: 3,1 consultazioni per abitante (Obsan, 2010).

Oltre dieci consultazioni in media all'anno per abitante ultraottantenne

Il numero medio di consultazioni all'anno per abitante cresce in modo marcato con l'età. Se fino ai 40 anni rimane inferiore a 2, per la popolazione di 65 anni e più supera la soglia delle 6 consultazioni per abitante. Tra chi ha più di 85 anni, il numero medio di visite mediche all'anno per abitante supera la decina; quasi 14 per i novantenni.

T3 Numero di consultazioni e popolazione residente in Ticino secondo l'età e il sesso, 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.

Le donne vanno un po' più dal medico di famiglia prima dei 65 anni

Il numero medio di consultazioni annue per abitante risulta globalmente più alto per le donne (3,6) che per gli uomini (2,7). Una lettura attenta della tabella T3 mostra che le differenze più pronunciate tra donne e uomini si riscontrano nelle fasce di età tra i 19 e i 65 anni, dove il numero medio di consultazioni annue delle donne è maggiore di quasi una consultazione (0,7-0,8 visite) rispetto a quello degli uomini. A partire dai 65 anni le differenze vanno via via scomparendo. Questo risultato potrebbe però essere inficiato, almeno in parte, dal fatto che gli uomini, soprattutto i giovani adulti, sceglierebbero più facilmente la franchigia di 2500 franchi (24,6%), rispetto alle donne (15,6%). Per la franchigia di 300, è l'inverso: 42,6% delle donne sarebbero inclini a preferire la franchigia minima, contro il 32,4% presso gli uomini¹. Più la franchigia è alta, più aumenta la probabilità che un certo numero di fatture non sia comunicato agli assicuratori.

¹ Risultati di un sondaggio sulle opzioni scelte dagli assicurati nell'ottica di un cambiamento d'assicuratore realizzato dal comparatore www.bonus.ch per il 2009 (consultato il 13.08.2012).

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 santésuisse. La banca dati contiene dati aggregati degli assicurati e, nel 2010, copriva il 98% di tutte le persone residenti in Svizzera, il 98,8% di quelle residenti in Ticino. I dati pubblicati nello studio sono estrapolati al 100% delle persone assicurate secondo la LAMal. Ciò significa che i dati pubblicati rappresentano una stima del numero di consultazioni totale, come se tutti gli assicuratori fossero affiliati al pool di dati.

Nel nostro 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, 1000, 1500, 2000 e 2500 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 inoltrato all'assicuratore qualora il loro importo totale non superi 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).

Buona parte degli anziani sono visitati a domicilio

A differenza del medico specialista, il medico di famiglia non visita i suoi pazienti unicamente nel suo studio medico. Può capitare che a seconda della situazione clinica o delle particolarità del paziente, le consultazioni siano effettuate a domicilio. Nel 2010 ciò è accaduto nel 7% delle consultazioni.

Risulta inoltre che la proporzione di visite a domicilio cresce in modo esponenziale, tenuto conto delle fasce di età considerate nel presente studio. Per le consultazioni fatte a dei pazienti uomini si passa infatti da una proporzione dell'1,1% per i 41-65enni al 2,4% per i 66-70enni, al 3,9% per i 71-75enni, all'8,1% per i 76-80enni, al 15,2% per gli 81-85enni, al 25,9% per gli 86-90enni, al 35,9% per gli ultranovantenni. La situazione è simile per le donne, se non che la proporzione di visite a domicilio è addirittura più alta, soprattutto per le fasce di età più anziane: 1,4% per le 41-65enni, 2,8% per le 66-70enni, 5,6% per le 71-75enni, 11,1% per le 76-80enni, 20,8% per le 81-85enni, 32,6% per le 86-90enni, 47,3% per le ultranovantenni.

In cifre assolute queste proporzioni si traducono in un numero totale di visite a domicilio durante il 2010 prossimo alle 74'000 unità, di cui 53'000 circa, il 71,7%, riguardavano donne.

Ricorso al medico di famiglia in Ticino, nel 2030

Fare previsioni riguardo alla realtà della medicina di famiglia tra dieci o venti anni non è cosa facile, troppe sarebbero le variabili (spesso non conosciute) da considerare e troppi gli eventi imprevedibili che potrebbero far sì che quanto anticipato non trovi riscontro in quello che davvero sarà. Ciò che invece possiamo fare, e che proponiamo in questo studio, è di calcolare degli scenari che quantifichino il ricorso al medico di famiglia nel 2020 e nel 2030 facendo l'ipotesi che le varie categorie della popolazione continuino a comportarsi esattamente come ora e a fruire delle prestazioni del sistema sanitario allo stesso modo. Gli scenari proposti presentano quindi delle situazioni ipotetiche nelle quali la stessa proporzione di persone si recherà dal medico di famiglia e lo consulterà con la stessa frequenza. Diventa così possibile quantificare le conseguenze del mantenimento dello status quo in funzione dell'evoluzione demografica prevista.

In questo capitolo si è dunque tenuto conto dei risultati presentati nel capitolo precedente ("Ricorso al medico di famiglia in Ticino, oggi") e li si è proiettati nel futuro considerando i dati dell'evoluzione demografica cantonale prevista nello scenario "medio" AA-00-2010, calcolato dall'Ufficio federale di statistica (UST, 2011)². È questo lo scenario che a detta degli specialisti dovrebbe approssimare meglio lo sviluppo effettivo della popolazione.

In questo capitolo facciamo astrazione del numero di medici di famiglia che dovrebbero esercitare nel cantone per garantire lo stesso livello di cura di cui beneficia oggi la popolazione. Questo aspetto, non trascurabile, che costituisce uno degli obiettivi principali dello studio sarà sviluppato in un capitolo successivo ("Fabbisogno di medici di famiglia in Ticino nel 2030").

Almeno 27'000 pazienti in più nel giro di venti anni

Partendo dall'ipotesi, ricavata dalle precedenti elaborazioni, che nel 2010, 185'817 persone residenti nel Cantone Ticino abbiano ricorso al medico di famiglia, nel 2020 queste sarebbero 203'776 e nel 2030 213'054. In altre parole, nel lasso di tempo di venti anni, dal 2010 al 2030, il numero dei pazienti dei medici di famiglia cantonali dovrebbe aumentare all'incirca di 27'000 unità. Un incremento che in termini relativi è stimato al 14,7%. Un aumento di 3,1 punti percentuali superiore a quello della popolazione residente di riferimento (11,6%) a causa dell'invecchiamento strutturale della popolazione che è in atto.

² È possibile usufruire direttamente dei dati degli scenari demografici dal portale statistico dell'UST, grazie all'applicazione STAT-TAB che ne permette delle estrazioni mirate.

T4a Popolazione residente e numero di pazienti in Ticino secondo l'età e il sesso, nel 2010, 2020 e 2030

TICINO	% di pazienti	2010			2020			2030					
		Popolazione	Pazienti	%	Popolazione	Pazienti	%	Popolazione	Pazienti	%			
Totale		287'619	185'817		311'139	203'776		321'118	213'054				
Uomini		138'329	100	87'387	100	149'289	100	96'240	100	154'394	100	101'256	100
15-18	60.3	6'896	5.0	4'158	4.8	6'635	4.4	4'001	4.2	6'336	4.1	3'821	3.8
19-40	51.4	44'427	32.1	22'835	26.1	42'815	28.7	22'007	22.9	42'367	27.4	21'777	21.5
41-65	63.8	60'155	43.5	38'379	43.9	64'468	43.2	41'131	42.7	61'624	39.9	39'316	38.8
66-80	81	21'560	15.6	17'464	20.0	26'346	17.6	21'340	22.2	31'105	20.1	25'195	24.9
81+	86	5'291	3.8	4'550	5.2	9'025	6.0	7'762	8.1	12'962	8.4	11'147	11.0
Donne		149'290	100	98'430	100	161'850	100	107'536	100	166'724	100	111'798	100
15-18	79	6'531	4.4	5'159	5.2	6'498	4.0	5'133	4.8	6'239	3.7	4'929	4.4
19-40	57.5	44'474	29.8	25'573	26.0	43'447	26.8	24'982	23.2	42'396	25.4	24'378	21.8
41-65	63.9	60'970	40.8	38'960	39.6	66'881	41.3	42'737	39.7	64'632	38.8	41'300	36.9
66-80	76.8	25'830	17.3	19'837	20.2	30'072	18.6	23'095	21.5	33'877	20.3	26'018	23.3
81+	77.5	11'485	7.7	8'901	9.0	14'952	9.2	11'588	10.8	19'580	11.7	15'175	13.6

T4b Popolazione residente e numero di pazienti in Ticino secondo l'età e il sesso, evoluzione indicizzata (2010=100)

TICINO	% di pazienti	2010		variazione 2010-2020		variazione 2010-2030	
		Popolazione	Pazienti	Popolazione (in %)	Pazienti (in %)	Popolazione (in %)	Pazienti (in %)
Totale		100	100	8.2	9.7	11.6	14.7
Uomini		100	100	7.9	10.1	11.6	15.9
15-18	60.3	100	100	-3.8	-3.8	-8.1	-8.1
19-40	51.4	100	100	-3.6	-3.6	-4.6	-4.6
41-65	63.8	100	100	7.2	7.2	2.4	2.4
66-80	81	100	100	22.2	22.2	44.3	44.3
81+	86	100	100	70.6	70.6	145.0	145.0
Donne		100	100	8.4	9.3	11.7	13.6
15-18	79	100	100	-0.5	-0.5	-4.5	-4.5
19-40	57.5	100	100	-2.3	-2.3	-4.7	-4.7
41-65	63.9	100	100	9.7	9.7	6.0	6.0
66-80	76.8	100	100	16.4	16.4	31.2	31.2
81+	77.5	100	100	30.2	30.2	70.5	70.5

Meno giovani e più anziani

Nei prossimi decenni lo scenario medio dell'evoluzione demografica al quale ci riferiamo prevede una diminuzione in termini assoluti del numero di persone che non hanno più di 40 anni mentre prospetta un aumento importante delle categorie di persone che avranno superato la soglia dell'età che dà diritto alla pensione (66 anni e più). Il numero assoluto

Scenari dell'evoluzione demografica dei Cantoni dal 2010 al 2035

Gli scenari dell'evoluzione della popolazione dei Cantoni sono basati 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 dei Cantoni 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 lo scenario «medio» corrisponde allo scenario che sembra più probabile.

L'interesse e l'originalità di questi scenari consistono nel fatto che si tratta di una regionalizzazione degli scenari nazionali e non soltanto di un'aggregazione di più scenari cantonali o di una distribuzione della popolazione degli scenari nazionali tra diverse regioni. In effetti, questi scenari demografici cantonali sono stati elaborati simultaneamente per tutti i Cantoni e adeguati ad ogni fase di proiezione sulla base degli scenari dell'evoluzione demografica della Svizzera. Ciò ha permesso di mantenere bilanci demografici identici per ogni anno della proiezione, sia a livello cantonale che nazionale.

delle donne in età compresa tra i 66 e gli 80 anni dal 2010 al 2030 dovrebbe aumentare del 31,2%, quello dei loro coetanei dovrebbe aumentare del 44,3%. Nello stesso lasso di tempo, il numero delle ultraottantenni dovrebbe aumentare del 70%, mentre quello degli ultraottantenni del 145% (più del doppio) [T4b].

Nel 2010, 50'752 pazienti avevano più di 65 anni (27,3% di tutti i pazienti) e 13'451 avevano più di 80 anni (7,2% di tutti i pazienti). Nel 2030 i pazienti di più di 65 anni dovrebbero essere 77'534 e rappresenterebbero più di un terzo di tutti i pazienti (36,4%); il numero di pazienti ultraottantenni dovrebbe raddoppiare raggiungendo quota 26'322, un paziente su otto (12,4%) potrebbe avere almeno 81 anni [T4a].

Inversamente, il numero dei pazienti più giovani in età compresa tra i 15 e i 40 anni dovrebbe diminuire, passando da 57'726 a 54'904 unità. Il loro peso nella popolazione dei pazienti dovrebbe ridursi dal 31,1% (un terzo circa) nel 2010 al 25,8% (circa un quarto) nel 2030 [T4a].

Oltre all'aumento considerevole del numero dei pazienti nei prossimi decenni ci si aspetta quindi anche un loro progressivo invecchiamento, ciò che dovrebbe portare un cambiamento della casistica generale con la quale sarà occupato il medico di famiglia. Il quadro clinico delle persone anziane solitamente tende a diventare più complesso a causa della polimorbilità e della cronicità di molte patologie tipiche di quelle fasce di età. Se oltre a ciò consideriamo la perdita progressiva di molte facoltà del paziente che invecchia, le conseguenze pratiche per il medico di famiglia si potrebbero tradurre molto prosaicamente, in termini meramente pragmatici e organizzativi, nella dilatazione del

tempo da dedicare a una parte crescente dei suoi pazienti, come pure con la necessità di considerare l'opzione di recarsi più spesso di persona al domicilio di molti di loro.

300'000 consultazioni in più nel 2030

Se nei prossimi decenni il *numero medio delle consultazioni annue dal medico di famiglia* riscontrato nel 2010 per gli uomini e le donne delle diverse fasce di età considerate dovesse confermarsi [T3], il numero totale delle consultazioni nel corso dell'anno 2030 dovrebbe situarsi attorno al valore (stimato) di 1'352'449, 298'124 in più che nel corso del 2010: un incremento del 28%, quasi un terzo in più [T5].

Più di una consultazione su quattro concernerà un ultraottantenne

La percentuale delle consultazioni richieste da persone in età fino ai 40 anni scenderà dal 17,8% nel 2010, quasi una su cinque, al 13,1% nel 2030, all'incirca una su otto. Nel 2010, le consultazioni concernenti le persone di 66 anni e più costituiva la metà di tutte le consultazioni (49,9%). Nel 2030 salirà 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. Se esse costituivano meno di un quinto di tutte le consultazioni del 2010 (17%), dovrebbero superarne il quarto nel 2030 (26,5%). Ancora più impressionante dovrebbe rivelarsi l'aumento delle consultazioni riguardanti gli ultranovantenni: dovrebbero raddoppiare dal 2010 al 2020 (da 34'467 a 65'440: +90%) e triplicare entro il 2030 (da 34'467 a 100'311: +191%).

Sei consultazioni su dieci riguarderanno una donna

Nel 2030, come del resto nel 2020 e nel 2010, all'incirca il 58% delle consultazioni, sei su dieci, concernono delle donne, che costituiscono approssimativamente il 52% della popolazione residente totale (vedi tabella T6b). La prevalenza delle consultazioni femminili si spiega essenzialmente per due motivi: il primo è che effettivamente le donne in età compresa tra i 19 e i 65 consultano più sovente il medico di famiglia dei loro coetanei uomini, il secondo è che a partire dai 75 / 80 anni le donne sono di fatto più numerose degli uomini. Anche se il loro comportamento non si differenzia molto da quello degli uomini, la quantità più alta di consultazioni si spiega semplicemente con il loro numero.

Una consultazione su dieci avrà luogo a domicilio

Tenuto conto dell'evoluzione della struttura della popolazione secondo le fasce di età e del fatto che buona parte degli anziani sono visitati a domicilio, il numero totale delle consultazioni a domicilio passerebbe da una cifra totale di 74'000 unità circa nel 2010, a una cifra totale prossima alle 135'000 unità nel 2030 segnando un aumento dell'82% (+61'000 consultazioni), quasi il doppio.

T5 Numero di consultazioni in Ticino secondo l'età, nel 2010, 2020 e 2030

Età	Consultazioni						Evoluzione: 2010=100		
	2010	%	2020	%	2030	%	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

T6a Popolazione residente e numero di consultazioni in Ticino secondo l'età e il sesso, nel 2020 e 2030

Età	Popolazione 2020		Consultazioni 2020		Popolazione 2030		Consultazioni 2030	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
0-18 anni	29'243	28'228	16'933	17'187	27'787	26'805	16'090	16'320
19-40 anni	42'815	43'447	56'058	91'320	42'367	42'396	55'472	89'111
41-65 anni	64'468	66'881	179'798	236'886	61'624	64'632	171'866	228'920
66-70 anni	9'981	10'534	52'077	58'204	12'761	13'521	66'583	74'709
71-75 anni	9'118	10'512	57'713	70'360	10'210	10'938	64'625	73'211
76-80 anni	7'247	9'026	55'720	72'056	8'134	9'418	62'540	75'185
81-85 anni	4'970	6'861	47'245	66'303	6'396	8'612	60'801	83'224
86-90 anni	2'702	4'630	30'307	51'536	4'034	6'130	45'248	68'232
91 anni e più	1'353	3'461	18'657	46'783	2'532	4'838	34'915	65'396
Totale	171'897	183'580	514'510	710'635	175'845	187'290	578'140	774'309

T6b Popolazione residente e numero di consultazioni in Ticino secondo l'età e il sesso, ripartizione percentuale, nel 2020 e 2030

Età	Popolazione 2020		Consultazioni 2020		Popolazione 2030		Consultazioni 2030	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
0-18 anni	50.9%	49.1%	49.6%	50.4%	50.9%	49.1%	49.6%	50.4%
19-40 anni	49.6%	50.4%	38.0%	62.0%	50.0%	50.0%	38.4%	61.6%
41-65 anni	49.1%	50.9%	43.1%	56.9%	48.8%	51.2%	42.9%	57.1%
66-70 anni	48.7%	51.3%	47.2%	52.8%	48.6%	51.4%	47.1%	52.9%
71-75 anni	46.4%	53.6%	45.1%	54.9%	48.3%	51.7%	46.9%	53.1%
76-80 anni	44.5%	55.5%	43.6%	56.4%	46.3%	53.7%	45.4%	54.6%
81-85 anni	42.0%	58.0%	41.6%	58.4%	42.6%	57.4%	42.2%	57.8%
86-90 anni	36.9%	63.1%	37.0%	63.0%	39.7%	60.3%	39.9%	60.1%
91 anni e più	28.1%	71.9%	28.5%	71.5%	34.4%	65.6%	34.8%	65.2%
Totale	48.4%	51.6%	42.0%	58.0%	48.4%	51.6%	42.7%	57.3%

Se nel 2010 le consultazioni a domicilio rappresentavano il 7% del totale, nel 2030 dovrebbero rappresentarne il 10%, una consultazione su dieci. Un dato questo da non sottovalutare quando si pensa al fabbisogno futuro di medici di famiglia nel cantone. Rispetto alle visite effettuate nel proprio studio, quelle a domicilio implicano infatti un investimento supplementare da parte del medico, sia per quel che concerne l'organizzazione del lavoro, sia per quel che concerne l'equipaggiamento, le modalità e il tempo di spostamento. Risulta impensabile che allo stesso numero di visite a domicilio o presso lo studio medico corrisponda la stessa quantità di risorse e di ore impiegate.

Numero di medici di famiglia in esercizio in Ticino

Per conoscere (stimare) nel modo più preciso possibile il numero dei medici che esercitano in Ticino nel campo della medicina di famiglia, abbiamo fatto capo a più fonti: al *Registro federale delle professioni mediche* (MedReg), alla banca dati dell'*Ufficio di sanità* del Dipartimento cantonale della sanità e della socialità (DSS) che rilascia l'autorizzazione al libero esercizio agli operatori sanitari, alla *Statistica medica della FMH* e al pool di dati *santésuisse*. L'analisi sia dei dati ottenuti sia delle proprietà delle diverse fonti (esaustività, quantità e qualità delle informazioni disponibili, possibilità di confrontare i dati nel tempo), ci ha fatto optare per l'utilizzo dei dati della FMH. Si stima che la copertura della statistica medica della FMH a livello nazionale sia prossima al 98% e permette di tenere conto di diverse caratteristiche socio demografiche, professionali e contestuali dell'esercizio dell'attività medica.

320 medici di famiglia in esercizio a fine 2010

Al 31 dicembre 2010, secondo la Statistica medica della FMH, i medici di famiglia in esercizio nel Cantone Ticino erano 320, 230 uomini e 90 donne³ [T7], un medico di famiglia ogni 1043 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. Un anno dopo, al 31 dicembre 2011, il numero dei medici di famiglia in Ticino registrati nella banca dati FMH era salito a 366⁴, un incremento sostanzioso del 14,4% che potrebbe però risultare eccezionale e rivelarsi in gran parte una conseguenza della fine della moratoria relativa all'apertura di studi medici di famiglia durata otto anni, intervenuta il 31 dicembre 2010⁵. Ricordiamo che al 31 dicembre 2008 il numero di medici di famiglia in Ticino era

³ Un dato attendibile, visto che secondo *santésuisse*, i medici di famiglia che hanno emesso anche solo una fattura nel corso dello stesso anno sono stati 341 e visto che si potrebbe ipotizzare che nel cantone Ticino il tasso di copertura della Statistica della FMH non sia così elevato come quello stimato per l'insieme del paese (98%), tenuto conto della posizione geografica particolare del Cantone, un cantone di frontiera, con una presenza maggiore di medici non affiliati alla Federazione svizzera. Questi appunti ci portano a considerare i risultati del nostro studio come la soglia inferiore del fenomeno studiato.

⁴ Secondo i dati amministrativi a disposizione dell'Ufficio di sanità del Dipartimento cantonale della sanità e della socialità (DSS), al 31 dicembre 2011 i medici di famiglia con libero esercizio attivi in Ticino sarebbero stati 428, una sessantina in più rispetto a quanti registrati nella statistica medica della FMH (366). Un'analisi più fine del confronto tra le due fonti dei dati rivela delle differenze più o meno marcate in funzione del sesso e dell'età, a volte anche di segno opposto. Sotto i 45 anni infatti, si contano 16 medici di famiglia in più nella statistica FMH rispetto a quella del DSS. Le differenze più importanti si riscontrano nei totali dei medici di famiglia uomini a partire dai 45 anni: se ne contano infatti ben 63 in più nella statistica DSS. Per le donne di 45 anni e più la statistica DSS registra 15 medici di famiglia in più rispetto alla statistica FMH. Per saperne di più riguardo alle differenze riscontrate bisognerebbe procedere sistematicamente a un confronto dell'operativizzazione del concetto di medico di famiglia, ovvero di come è stato attribuito lo statuto di medico di famiglia nelle due banche dati e alla verifica delle registrazioni, meglio se a livello individuale, in modo da definire esattamente qual è la realtà che rispettivamente coprono. Purtroppo questo lavoro non è stato possibile nell'economia di questo mandato.

⁵ A questo proposito è interessante notare che secondo i dati di *santésuisse* nel 2011 sono stati solo 338 i medici di famiglia che hanno fatturato almeno una volta, 3 in meno che nel 2010.

praticamente lo stesso (317 unità⁶) di quello registrato a fine 2010. Bisognerà di certo aspettare qualche anno per potersi esprimere sull'evoluzione della situazione dopo la fine della moratoria.

T7 Medici di famiglia in esercizio nel Cantone Ticino, il 31.12.2010 e il 31.12.2011

Ticino	31.12.2010	31.12.2011
TOTALE	320	366
ETÀ		
25-34 anni	11	15
35-44 anni	71	80
45-54 anni	122	114
55-64 anni	90	123
65-74 anni	20	24
75+ anni	6	10
UOMINI	230	263
ETÀ		
25-34 anni	6	8
35-44 anni	41	47
45-54 anni	85	81
55-64 anni	72	95
65-74 anni	20	22
75+ anni	6	10
DONNE	90	103
ETÀ		
25-34 anni	5	7
35-44 anni	30	33
45-54 anni	37	33
55-64 anni	18	28
65-74 anni	0	2
75+ anni	0	0

Fonte: Statistica medica della FMH

Quattro medici di famiglia su dieci hanno almeno 55 anni, tre su quattro almeno 45 anni

Se a fine 2010 la percentuale dei medici di famiglia che avevano 55 anni o più era del 36,3%, un po' più di un terzo, a fine 2011 era già salita a quota 42,9%. La percentuale di coloro che hanno 45 anni e più è stabile attorno al 74% (2010: 74,4%; 2011: 74,0%).

I medici di famiglia donna sono più giovani

In generale, l'età delle donne in esercizio è inferiore di quella degli uomini.

⁶ Purtroppo prima della reimpostazione della Statistica della FMH, effettiva dall'anno 2008, non ci è stato possibile ricostruire la categoria di analisi "Medici di famiglia".

T8 Medici di famiglia in esercizio nel Cantone Ticino secondo il settore, a fine 2010 e a fine 2011

	31.12.2010				31.12.2011			
	<i>Tutti i settori</i>	<i>Settore...</i>			<i>Tutti i settori</i>	<i>Settore...</i>		
Ticino		<i>... ambulatoriale</i>	<i>... ospedaliero</i>	<i>... altro</i>		<i>... ambulatoriale</i>	<i>... ospedaliero</i>	<i>... altro</i>
TOTALE	320	252	66	2	366	276	86	4
ETÀ								
25-34 anni	11	4	7	0	15	3	12	0
35-44 anni	71	38	33	0	80	37	43	0
45-54 anni	122	99	21	0	114	91	21	2
55-64 anni	90	85	5	0	123	113	8	2
65-74 anni	20	20	0	0	24	22	2	0
75+ anni	6	6	0	0	10	10	0	0
UOMINI	230	190	38	2	263	210	50	3
ETÀ								
25-34 anni	6	3	3	0	8	2	6	0
35-44 anni	41	22	19	0	47	23	24	0
45-54 anni	85	72	11	0	81	67	12	2
55-64 anni	72	67	5	0	95	88	6	1
65-74 anni	20	20	0	0	22	20	2	0
75+ anni	6	6	0	0	10	10	0	0
DONNE	90	62	28	0	103	66	36	1
ETÀ								
25-34 anni	5	1	4	0	7	1	6	0
35-44 anni	30	16	14	0	33	14	19	0
45-54 anni	37	27	10	0	33	24	9	0
55-64 anni	18	18	0	0	28	25	2	1
65-74 anni	0	0	0	0	2	2	0	0
75+ anni	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Statistica medica della FMH

Meno di tre donne ogni dieci medici di famiglia

La proporzione di donne tra i medici di famiglia in esercizio nel cantone Ticino è minore del 30%. Più precisamente, 28,1% sia a fine 2010 sia a fine 2011. Una differenza importante in merito è funzione del settore di attività. Infatti nel settore ambulatoriale la percentuale di donne è ancora più bassa (2010: 24,6%; 2011: 23,9%) mentre nel settore ospedaliero oltrepassa la soglia del 40% (2010: 42,4%; 2011: 41,9%) [T8].

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, gestisce il registro ufficiale del perfezionamento professionale. Con il registro dei membri e dei medici, la FMH offre così una visione generale, quasi completa, sui medici che esercitano in Svizzera. I dati socio-demografici del registro dei membri e dei medici della FMH permettono di conoscerne l'età, il sesso, il domicilio, ecc. 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. Sono pure disponibili dei dati che caratterizzano l'attività professionale. Questi ultimi 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 tratti di informazioni sul tasso di attività, sulla partecipazione al servizio di guardia, ecc.

La statistica medica della FMH rileva i dati di tutti i medici che esercitano la loro professione in Svizzera, che siano o no membri della Federazione. Nei fatti 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. A livello Svizzero il tasso di copertura della statistica è stimato al 98% per il settore ambulatoriale e al 90% per quello ospedaliero. La categoria dei medici assistenti sembra essere quella i cui dati sono meno esaustivi.

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.

Quattro medici di famiglia uomo su cinque lavorano ambulatorialmente

La statistica della FMH permette di considerare i dati relativi ai medici secondo il settore nel quale lavorano principalmente, ambulatorio o ospedaliero. Circa i tre quarti dei medici la cui specializzazione ci ha permesso di raggrupparli sotto l'etichetta di "Medici di famiglia" esercitano nel settore ambulatoriale (rispettivamente 78,8% nel 2010 e 75,4% nel 2011) [T8]. Gli uomini investono molto di più questo settore che non le donne. Tra i medici di famiglia uomini, quattro quinti (2010: 82,6%; 2011: 79,8%) lavorano nel settore ambulatoriale. Tra i medici donna questa proporzione scende al livello dei due terzi (2010: 68,9%; 2011: 64,1%).

Un medico di famiglia donna su tre lavora nel settore ospedaliero

Inversamente, ci si rende conto di quanto sembra essere più attrattivo il settore ospedaliero per le donne con le specializzazioni tipiche del medico di famiglia. Una di esse

su tre lavora infatti nel settore ospedaliero. Tra gli uomini con queste specializzazioni, solo uno su quattro lavora in questo settore.

Tasso d'occupazione medio attorno al 90%

Oltre a definire il numero di persone che lavorano in qualità di medici di famiglia è altresì importante determinare il volume globale di questa attività espressa con il numero di addetti equivalenti a tempo pieno (ETP). Con l'aumentare del tempo parziale anche nel campo medico, limitarsi al numero di persone in esercizio potrebbe trarre in inganno e sopravvalutare di conseguenza l'importanza dell'attività svolta (o da svolgere). Un esempio: se un posto di lavoro al 100% solitamente occupato da una persona viene scisso e in seguito attribuito a due persone con un tasso di occupazione del 50%, il numero degli impiegati raddoppia (da uno a due), ma il volume di lavoro svolto rimane lo stesso ($50\%+50\%=100\%$). Gli addetti equivalenti a tempo pieno (ETP) risultano dalla conversione del volume di lavoro (misurato in termini di posti di lavoro o di ore di lavoro) in impieghi a tempo pieno. Nel nostro caso il numero di addetti a tempo pieno sarà il risultato del prodotto del numero di persone in esercizio moltiplicato per il tasso d'occupazione. Nel nostro esempio il numero di addetti equivalenti a tempo pieno sarà uguale a 1, e cioè uguale al prodotto del numero di persone in esercizio (2) per il tasso d'occupazione medio (0,5).

Per la stima del tasso d'occupazione medio ricorriamo ancora una volta alla statistica medica della FMH. Per il Ticino, solo dal 2011 il numero di medici che ha fornito i dati relativi al tasso d'occupazione comincia a essere di una certa consistenza. Utilizzeremo quindi i dati del 2011 [T9].

T9 Tasso d'occupazione medio dei medici di famiglia in Ticino, in mezza giornate alla settimana, secondo il sesso e il settore, 2011

	2011			
	<i>Tutti i settori</i>	<i>... ambulatoriale</i>	<i>Settore... ... ospedaliero</i>	<i>... altro</i>
TOTALE	9 (47)	8.6 (35)	10.3 (12)	-
UOMINI	9.2 (38)	8.8 (28)	10.4 (10)	-
DONNE	8.2 (9)	7.7 (7)	10 (2)	-

Nella statistica medica della FMH il tasso d'occupazione è rilevato utilizzando la mezza giornata di lavoro come unità di misura. Dieci mezza giornate di lavoro settimanali saranno equiparate a un tasso d'occupazione del 100%, ogni mezza giornata a un 10%. Nella tabella T9 relativa al Ticino, tra parentesi è indicato il numero di medici di famiglia che hanno fornito l'indicazione. Pochi (poco più del 10%), ma ci permettiamo di riprenderli

perché sono plausibili, se si tiene conto del confronto con il dato globale nazionale (Kraft, 2012).

La stima del tasso di occupazione medio dei medici di famiglia in Ticino l'anno scorso risulta essere di 9 mezzeggiornate di lavoro alla settimana (90%) [T9].

I medici di famiglia donna del settore ambulatoriale lavorano meno dell'80%

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 (uomini: 88%, donne: 77%) [T9].

Nel settore ospedaliero si lavora al 100%

Si constata chiaramente che il tasso d'occupazione medio è più elevato nel settore ospedaliero (103%) che non 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 [T9].

288 ETP nel 2010

Al fine di poter calcolare il nostro scenario "status quo" per gli anni 2020 e 2030 sulla base dell'attività dei medici di famiglia nel 2010 e proiettandola nel futuro in funzione dello scenario medio dell'evoluzione demografica cantonale, abbiamo calcolato il numero di addetti equivalenti a tempo pieno (ETP) per l'anno 2010. La tabella T10a presenta i fattori (numero di medici in esercizio nel 2010, tasso d'occupazione medio stimato sui dati 2011) e il prodotto del calcolo (=numero di ETP 2010). Per tenere conto dell'evoluzione già intervenuta da fine dicembre 2010 a fine dicembre 2011 abbiamo calcolato anche la tabella T10b, relativa alla situazione stimata a fine 2011.

Risultato: alla fine 2010 gli ETP relativi alla medicina di famiglia in Ticino sono stimati a 288 unità, a fine 2011 la cifra sale a 329,4.

Tre quarti degli ETP nel settore ambulatoriale

Dalle tabelle T10a e T10b risulta che l'attività della medicina di famiglia si svolge essenzialmente nel settore ambulatoriale (2010: 78,8% degli ETP; 2011: 75,4% degli ETP), ma che c'è pur sempre un quarto dell'attività (2010: 21,2% degli ETP; 2011: 24,6% degli ETP) che viene rilevata nel settore ospedaliero.

Un quarto degli ETP occupati da medici di famiglia donna

Sebbene la quota delle donne tra i medici di famiglia si avvicini al 30%, queste svolgono solo un quarto del volume dell'attività espressa in unità ETP (sia nel 2010 sia nel 2011:

25,6% degli ETP). E ciò come conseguenza diretta del fatto che in media lavorano a un tasso di occupazione medio inferiore a quello degli uomini (rispettivamente 92% e 82%, un giorno in meno alla settimana)

T10a Addetti equivalenti a tempo pieno (ETP) nella medicina di famiglia in Ticino, secondo il sesso e il settore, 2010

Ticino, 2010		Tutti i settori	Settore...		
			... ambulatoriale	... ospedaliero	... altro
Numero di medici di famiglia	TOTALE	320	252	66	2
	UOMINI	230	190	38	2
	DONNE	90	62	28	0
Tasso d'occupazione medio (2011)	TOTALE	0.9	0.86	1.03	n.d.
	UOMINI	0.92	0.88	1.04	n.d.
	DONNE	0.82	0.77	1	n.d.
Addetti equivalenti a tempo pieno (ETP)	TOTALE	288	216.72	67.98	-
	UOMINI	211.6	167.2	39.52	-
	DONNE	73.8	47.74	28	-

n.d. = non disponibile

T10b Addetti equivalenti a tempo pieno (ETP) nella medicina di famiglia in Ticino, secondo il sesso e il settore, 2011

Ticino, 2011		Tutti i settori	Settore...		
			... ambulatoriale	... ospedaliero	... altro
Numero di medici di famiglia	TOTALE	366	276	86	4
	UOMINI	263	210	50	3
	DONNE	103	66	36	1
Tasso d'occupazione medio (2011)	TOTALE	0.9	0.86	1.03	n.d.
	UOMINI	0.92	0.88	1.04	n.d.
	DONNE	0.82	0.77	1	n.d.
Addetti equivalenti a tempo pieno (ETP)	TOTALE	329.4	237.36	88.58	-
	UOMINI	241.96	184.8	52	-
	DONNE	84.46	50.82	36	-

n.d. = non disponibile

Fabbisogno di medici di famiglia in Ticino nel 2030

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, che aumenta 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 2020 per effettuare 1'225'145 consultazioni dovrebbero essere necessari 335 addetti ETP e nel 2030 per effettuare 1'352'449 consultazioni il fabbisogno di addetti ETP dovrebbe salire a 369 ETP.

T11 Tabella sinottica dello scenario “status quo” del fabbisogno di Medici di Famiglia, 2010-2030

	Consultazioni	Medici di famiglia	Tasso d'occupazione	ETP
2010	1'054'325	320	0.9	288
2020	1'225'145	372	0.9	335
2030	1'352'449	410	0.9	369

Se dovessimo considerare costante nel tempo anche il tasso d’occupazione medio, e cioè un tasso d’occupazione del 90%, in Ticino dovrebbero esercitare 366 medici di famiglia nel 2020 e 410 nel 2030.

Ma i dati relativi agli studenti in medicina umana iscritti nelle facoltà svizzere rendono attenti al fatto che, se le tendenze in atto rispetto alla ripartizione per sesso di matricole e diplomati [T12] e alla maggiore propensione delle donne a lavorare a tempo parziale [T9] si dovessero confermare, il fabbisogno di medici di famiglia in esercizio nel cantone nel 2020 e nel 2030 dovrebbe essere ancora più elevato di quanto previsto dallo scenario “status quo”, in quanto il tasso d’occupazione medio tenderebbe a diminuire sotto il valore attuale del 90%, mantenuto invece costante nel tempo nel modello. Se il tasso medio di occupazione dovesse realmente diminuire, per svolgere il volume di lavoro stimato per l’anno 2030, pari a 369 ETP, ci vorrebbero più dei 410 medici di famiglia in esercizio preventivati.

Rispetto al 2010, almeno 90 medici di famiglia in più

Rispetto al 2010, dove le consultazioni relative alla medicina di famiglia sono state effettuate da 320 medici, per un volume totale di lavoro pari a 288 ETP, nel 2030 si stima che il volume di lavoro necessario al mantenimento dello standard odierno della medicina di famiglia dovrebbe aumentare di 81 unità ETP. Ciò che dovrebbe implicare l’esercizio di almeno 90 medici di famiglia in più che nel 2010.

238 medici di famiglia in età del pensionamento entro il 2030

Dei 320 medici in esercizio nel 2010, solo 82 non avranno ancora compiuto 65 anni nel 2030. Ciò significa che 238 di loro avranno raggiunto e superato l'età che dà diritto al pensionamento. Salvo qualche eccezione avranno abbandonato l'attività e dovranno essere rimpiazzati.

T12 Studenti iscritti al primo anno e diplomati in medicina umana nelle facoltà svizzere, 1990-2011

Anno	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Studenti 1° anno	48	42	29	39	32	39
<i>% di donne</i>	33%	43%	76%	62%	66%	51%
Diplomati	39	32	22	15	18	20
<i>% di donne</i>	38%	44%	36%	53%	61%	60%

Fabbisogno di 328 nuovi medici di famiglia entro il 2030

Tenuto conto della situazione a fine 2010 e dell'evoluzione demografica, il fabbisogno totale di nuovi medici di famiglia entro il 2030 è quindi stimato ad almeno 328 unità (90 a causa dell'evoluzione demografica della popolazione, 238 a causa dei pensionamenti), in media un fabbisogno di nuove leve nella misura di almeno 16 unità all'anno.

“Almeno”, perché, come visto sopra, la proporzione di donne tra le matricole e tra i diplomati in medicina umana continua a crescere [T12] e quindi ci si può aspettare a un aumento del numero di medici di famiglia che lavoreranno a tempo parziale.

Tenuto conto dei dati FMH a fine 2011, si registra già un'entrata in esercizio di ben 46 medici di famiglia in un solo anno [T8]. Non bisogna però lasciarsi trarre in inganno dalle cifre globali: dal 31.12.2010 al 31.12.2011 si è registrato un aumento di 41 medici nelle fasce di età a partire dai 55 anni. Di questi, 8 hanno già 65 anni o più, gli altri supereranno la soglia del pensionamento nel corso del prossimo decennio, ben prima del 2030. Il numero di medici di meno di 45 anni è aumentato di 13 unità, ma quello dei medici di “mezza” età (dai 45 ai 54 anni) è sceso di 8 unità.

Reclutamento

Per garantire il rinnovo di medici di famiglia necessario per far fronte al fabbisogno ipotizzato dal nostro scenario “status quo”, ci si può rivolgere a diversi bacini di reclutamento. Ne proponiamo una carrellata per valutare in che misura questi siano in grado di garantire il volume di prestazioni prospettato. Se la probabilità di riuscire a coprire il fabbisogno grazie a questi bacini di reclutamento tradizionale non dovesse essere alta oppure se il ricorso smisurato a uno o dell'altro dovesse rivelarsi problematico o presentare degli svantaggi superiori ai vantaggi, bisognerà immaginare delle soluzioni complementari, se non alternative.

Nell'ordine, presenteremo la situazione relativa alla formazione di giovani Ticinesi nelle facoltà svizzere e italiane, il ricorso al reclutamento di medici di famiglia confederati o stranieri.

Formazione di medici di famiglia ticinesi

La prima filiera di reclutamento dei futuri medici di famiglia per il Ticino alla quale pensare, proprio per le peculiarità del mestiere, nel quale empatia e prossimità, sia linguistica che culturale, con il paziente giocano un ruolo fondamentale, è quella della formazione dei suoi giovani, dei giovani cresciuti nel cantone. Nella maggioranza dei casi, questi scelgono di formarsi nella facoltà di medicina svizzere, ma una parte di loro, una minoranza, sceglie di rivolgersi agli atenei della vicina Italia.

20 diplomati all'anno in medicina umana nelle facoltà svizzere ...

Nelle università svizzere, dal 2002 in poi il numero di studenti in medicina umana di origine ticinese, se consideriamo il loro domicilio all'inizio degli studi, è compreso tra le 200 e le 250 unità. Prima di allora erano più numerosi. Nella seconda metà degli anni 90 il loro numero era addirittura di circa 300-320 unità. All'inizio dell'anno accademico 2011/2012 erano 247.

Nell'ultimo decennio il numero di medici di origine ticinese che ottiene un diploma in medicina umana è di circa una ventina all'anno: nel 2011 erano esattamente 20.

... 5-6 medici di famiglia per coorte?

Della ventina di neodiplomati in medicina umana, quanti sceglieranno di dedicarsi alla medicina di famiglia? A fine dicembre dell'anno 2011, dei 1187 medici in esercizio in Ticino, 366 erano medici di famiglia: una quota del 30,8%. Nel 2010, la quota era del 28,3%. Facendo l'ipotesi che a termine la quota di diplomati di ogni coorte che eserciterà come medico di famiglia rimanga a un valore di circa il 30%. Nei prossimi decenni, ci si potrà quindi aspettare l'entrata in esercizio di circa 5-6 nuovi medici di famiglia all'anno, cresciuti in Ticino e formati nelle università svizzere. Vista la serie storica del numero di

matricole in medicina umana nelle facoltà svizzere, su questo fronte è difficile pensare all'entrata in esercizio annuale di un numero più elevato di medici di famiglia nei prossimi anni, almeno fino al 2020.

Numerus clausus: interesse crescente, poche matricole

A fronte di un crescente interesse per la medicina (umana) – per lo meno se guardiamo al numero di pre-iscrizioni registrate in primavera, il numero di studenti e di diplomati ticinesi – questo indirizzo di studio tende a rimanere costante nel tempo. Si pensi che le pre-iscrizioni totali in medicina (umana, veterinaria e dentaria) nelle facoltà svizzere provenienti dal Cantone Ticino sono praticamente raddoppiate negli ultimi sei anni, passando da 114 nel 2006 a 210 nel 2012.

La spiegazione del numero stagnante dei diplomati in medicina è dovuta al fatto che il numero degli studenti ammessi nelle facoltà, o che hanno diritto a frequentare il secondo anno, sottostà al numero di posti a disposizione per proseguire la formazione in vista dell'ottenimento del titolo di Master, una volta ultimata la formazione di base (titolo di Bachelor).

Le università di Zurigo (ZH), Berna (BE), Basilea (BS) e Friburgo (FR) applicano la politica del numero chiuso (il *numerus clausus*, NC). Per accedere agli studi in medicina in queste università, oltre alla preiscrizione, necessaria come in tutte le facoltà di medicina svizzere, nel corso dell'estate bisogna svolgere il “test attitudinale per lo studio in medicina (AMS)”⁷, organizzato lo stesso giorno in diverse località della Svizzera. L'unico luogo in Svizzera dove il test può essere svolto in lingua italiana è il Liceo cantonale di Bellinzona. Il test AMS costituisce un vero e proprio esame di graduatoria e il numero di Ticinesi che inizia davvero la formazione a settembre in queste quattro università è veramente bassa.

In queste università, per l'anno accademico 2011/2012, il numero di matricole provenienti dal Cantone Ticino (studenti iscritti al primo anno del cursus di formazione in medicina umana) erano solo 12, un numero pari a circa il 14% dei candidati che si sono presentati al test AMS, un po' meno di uno su 7.

Non è dato a sapere se queste cifre corrispondono esattamente al numero e alla proporzione dei candidati ticinesi ai quali è stato concesso l'accesso agli studi in base ai risultati del test. Oppure se una parte di candidati ammessi rinunci in seguito all'immatricolazione o cambia l'indirizzo del proprio orientamento accademico scegliendo un altro tipo di medicina o un'altra facoltà. Per interpretare correttamente questi dati, bisogna inoltre considerare l'eventualità per nulla remota che tra gli studenti del primo

⁷ Per farsi un'idea precisa del test, del suo svolgimento e del suo contenuto, si può consultare il libretto “*Test attitudinale per lo studio di medicina II*”, pubblicato dal Centre pour le développement de test set le diagnostic, Université de Fribourg (Svizzera), in collaborazione con IBT Consulting.

hanno ce ne siano di quelli che lo stanno ripetendo: in questo caso il numero di nuove “vere” matricole sarebbe addirittura ancora più contenuto (minore a 12).

A titolo comparativo, secondo i dati pubblicati a livello nazionale, dei 2172 candidati che si sono presentati al test AMS nell'estate 2011, un terzo circa ha ottenuto l'accesso agli studi in una della facoltà di medicina convenzionate (Hänsgen, K.-D. & B. Spicher, 2011, p. 17). Il numero totale di studenti che nel 2011 ha iniziato effettivamente il primo anno di medicina umana nelle facoltà con il *numerus clausus* raggiungeva comunque “solamente” le 483 unità, una quantità pari al 22,2% dei candidati al test AMS. Un risultato questo che supera comunque la proporzione calcolata sui dati della realtà ticinese di almeno 8 punti percentuali.

Non ci è stato possibile affinare di più le analisi di questo capitolo perché buona parte dei dati che sono pubblicati in modo aggregato per l'insieme della Svizzera, non sono ottenibili per effettuare degli approfondimenti cantonali. Negli anni 90, la Conferenza dei rettori delle università svizzere (CRUS) ha deciso di non fornire più il dettaglio di questi dati a livello cantonale per delle ragioni politiche, ciò che rende difficile la valutazione delle situazioni regionali nell'ottica di mettere in opera dei correttivi.

T13 Accesso agli studi in medicina umana degli studenti di origine ticinese, 2011

Isritti, candidati al test AMS e matricole di origine ticinese

2011	AMC+NC				AMC			TOTALE
Università	Basilea	Berna	Friburgo	Zurigo	Ginevra	Losanna	Neuchâtel	
<i>Studi in medicina (umana, veterinaria, dentaria)</i>								
Iscrizioni (CRUS, febbraio)	13	19	35	83	8	41	4	
<i>Studi in medicina umana</i>								
Candidati test AMS	9	8	26	43	86			
Matricole (UST)	2	2	6	2	12	23	2	39

Origine ticinese = Ticino, cantone di domicilio (dei genitori)

Selezione infra-universitaria: molte matricole, pochi diplomati

Le università della Svizzera romanda (LS, NE e GE) hanno invece optato per quella che è chiamata la “selezione infra-universitaria”: è possibile iniziare un curriculum di formazione in medicina, ma alla fine del primo anno le università aggiustano il numero degli studenti che potranno continuare in funzione dei posti disponibili per le formazioni Master. L'università di Ginevra propone inoltre il test attitudinale AMS come strumento di valutazione personale sperando di dissuadere dall'isciversi quei candidati agli studi in medicina che non dovessero corrispondere al profilo giudicato confacente, oppure per stimolarli a sviluppare le competenze richieste.

Purtroppo la statistica ufficiale delle università dell'UST non dispone dei dati relativi al numero di studenti che frequentano il secondo anno di studi. Non ci è quindi possibile misurare l'impatto della selezione infra-universitaria alla fine del primo anno di studio.

Un'approssimazione dell'ordine di grandezza del fenomeno la possiamo comunque calcolare mettendo in relazione il numero dei diplomi rilasciati dalle Università di Losanna e Ginevra con il numero di iscritti al primo anno nelle facoltà di Losanna, Ginevra e Neuchâtel (solo formazione bachelor): nel periodo degli ultimi cinque anni (dal 2007 al 2011) otteniamo un rapporto medio *Studenti di origine ticinesi iscritti al primo anno/Diplomi rilasciati* di circa 4:1. Nelle Università dove è in vigore il *numerus clausus*, salvo rare eccezioni sono poche le matricole che non terminano gli studi coronandoli con il diploma.

30-40 studenti in medicina umana in Italia, 5-7 diplomati all'anno...

Nella statistica della formazione svizzera (UST) non sono rilevati gli studenti immatricolati all'estero. Per ovviare alla mancanza assoluta di cifre in merito, abbiamo aggiornato la stima del numero di studenti in medicina umana proposta nel rapporto finale "Master in Medicina Umana in Ticino" del gruppo di studio "Scenari per una strutturazione della formazione clinica in medicina in Ticino" dell'Università della Svizzera italiana (2011). Sulla base del numero dei beneficiari di borse di studio che studiano medicina umana all'estero (Italia) abbiamo estrapolato il numero totale degli studenti ipotizzando costante la quota di borsisti nelle facoltà svizzere e in quelle estere: si giunge a una stima di circa 30-40 studenti in medicina umana in totale, che studiano in Italia.

Considerando una durata degli studi in medicina umana di sei anni, ci si può attendere ad un numero medio di circa 5-7 diplomati all'anno, se tutti gli studenti in formazione la terminano con successo.

... di cui uno, forse due, medici di famiglia?

Per analogia con la stima realizzata sul numero dei diplomati usciti dalle università svizzere (p. 64), possiamo aspettarci che dei 5-7 diplomati in medicina umana all'estero solo uno, magari due, si indirizzino verso la medicina di famiglia (28% di 5 è uguale a 1,4; di 7 è uguale a 1,9).

Tra i neodiplomati ticinesi, dai 6 agli 8 nuovi medici di famiglia all'anno: insufficienti

Riassumendo, se dalle facoltà svizzere ci si può aspettare l'entrata di 5-6 nuove leve all'anno nella professione di medico di famiglia, e da quelle italiane 1 o 2, globalmente il numero dei loro effettivi dovrebbe crescere in media di 6-8 unità 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. Il nostro scenario "status quo", che prevede un fabbisogno di 16 nuovi medici di famiglia 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 verso la medicina di famiglia piuttosto che verso altre

specializzazioni. L'alternativa, se ci si limita a lavorare sul numero di medici, rimane quella del ricorso a medici confederati o stranieri.

Ricorso a medici confederati o a medici stranieri

Per colmare il fabbisogno di reclutamento di nuove leve, insufficiente solo tramite la formazione dei giovani ticinesi, secondo lo scenario di riferimento "status quo" considerato nel nostro studio, si potrebbe fare capo ai dei medici di famiglia che verrebbero ad installarsi nel cantone Ticino, provenienti da altri cantoni svizzeri o dall'estero. Ce ne vorrebbero 8-10 all'anno.

Un problema etico

A livello politico, si ricorda che esiste 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.

Problemi di efficacia e di efficienza

Un'altra serie di problemi relativi all'insediamento di medici di famiglia provenienti da altri cantoni e dall'estero sono sollevati dall'autorità di sorveglianza e dalla categoria professionale che prevede importanti problemi di adattamento e di funzionamento nella nostra realtà, e ne ricordano le probabili ripercussioni a livello di efficacia e di efficienza sul sistema sanitario stesso, per lo meno per un periodo iniziale di parecchi mesi se non di anni. A questo proposito si ricorda in particolare l'importanza di conoscere bene il sistema socio-sanitario cantonale e il sistema assicurativo, sia a livello teorico sia nella sua traduzione nella pratica cantonale, se non addirittura locale.

Le preoccupazioni evocate in merito a questa filiera di reclutamento sono quindi anche di ordine economico oltre che di natura etica.

Un fenomeno da monitorare

La fine della moratoria per gli studi medici (31 dicembre 2010 per i medici di famiglia, 31 dicembre 2011 per gli specialisti) apre le porte a nuovi arrivi. Il fenomeno sembra però riguardare soprattutto gli specialisti. Ma il periodo d'osservazione per il momento è veramente troppo corto per riuscire a quantificare le conseguenze di questa decisione politica e tracciare delle tendenze. Un primo dato che richiederà approfondimenti ulteriori, per molti versi sorprendente perché contro intuitivo e in contraddizione con quanto normalmente evocato dei dibattiti pubblici/politici, ce lo fornisce *santésuisse*: nel corso del 2010 in Ticino sono stati 341 i medici di famiglia che hanno emesso almeno una fattura (inoltrata all'assicuratore malattia); nel corso del 2011 sono stati 338, tre in meno.

PARTE II

PAROLA DI MEDICO DI FAMIGLIA

Al di là dei numeri: l'esperienza

La seconda parte del rapporto è dedicata all'illustrazione del ruolo, delle condizioni di lavoro e dell'evoluzione nel tempo della professione di medico di famiglia nel territorio ticinese. A questo scopo abbiamo raccolto la testimonianza di quattro professionisti, due dei quali operano in zone urbane mentre altri due in realtà valligiane del Cantone, strutturando le interviste intorno a quattro temi principali:

- Percezione del proprio ruolo e della propria professionalità;
- Domande e richieste principali da parte dei pazienti;
- Collaborazioni e sinergie con gli altri attori della rete sanitaria territoriale;
- Formazione auspicata e prospettive future per la professionalità del medico di famiglia.

Le quattro interviste commissionate hanno coinvolto professionisti, sia uomini sia donne, con un esercizio almeno ventennale della professione, permettendoci così, senza alcuna pretesa di generalizzazione, di portare uno sguardo sull'evoluzione della pratica della medicina di famiglia. Gli intervistati sono tutti medici di famiglia con una esperienza molto ricca e differenziata: c'è chi lo studio lo condivide con altri colleghi e chi invece lavora singolarmente. L'esiguo numero di intervistati, rispetto al numero di professionisti attivi nel territorio – scelta dettata dai termini del mandato –, fa capire con chiarezza come il nostro obiettivo non potesse, né intendesse essere quello di fornire un'analisi esaustiva volta ad una qualsivoglia generalizzazione dei dati raccolti. Il nostro scopo è stato piuttosto quello di mettere in luce alcune caratteristiche della professione raccontate da chi il mestiere lo svolge e lo vive direttamente, andando ad incontrare i professionisti designati dal committente nel loro studio di valle o di città per un'intervista semi-strutturata sui temi citati sopra.

Questo capitolo proporrà dunque le parole dei quattro medici di famiglia che si sono messi a disposizione per rispondere alle nostre domande, raccontandoci i loro ricchi e intensi vissuti professionali. Attraverso la tematizzazione delle suggestioni raccolte e accompagnando le citazioni con degli inquadramenti o dei commenti puntuali volti a cucire i diversi punti di vista dei protagonisti, tenteremo di restituire le testimonianze/esperienze dei medici di famiglia avvicinati in modo da presentare le caratteristiche, le peculiarità e le prospettive di questa professione.

Nello specchio seguente riportiamo alcuni dati relativi ai quattro professionisti contattati:

	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 Studio medico	Studio singolo	Studio condiviso da una decina di anni con un collega	Studio condiviso con altri due medici	Studio condiviso con altri tre medici

Di seguito presentiamo i contenuti salienti delle interviste realizzate, organizzati in base a quattro capitoli tematici e sulla scorta del principio di dare il massimo spazio alla viva voce dei diretti interessati. Pertanto, abbiamo cercato di limitare o contenere le nostre analisi interpretative e le nostre redazioni orientative e di connessione, per lasciare ampio margine espressivo alle testimonianze raccolte, che costituiscono l'ossatura portante del discorso sottostante. Va segnalata sin d'ora qualche ridondanza nel riportare l'esperienza e il vissuto dei protagonisti delle narrazioni raccolte, nel senso che alcuni passaggi sono stati riportati in più punti del testo, ma ciò è voluto, sia per sottolinearne la pregnanza contenutistica dei passaggi in causa, sia per conferire una certa autonomia ai singoli capitoli, che potrebbero essere letti anche separatamente o selettivamente.

Ruolo e professionalità del medico di famiglia

Per iniziare la conoscenza dei nostri quattro interlocutori rispetto al ruolo, ai vissuti e alle peculiarità nello svolgimento della loro pratica professionale nei rispettivi contesti di riferimento, ci siamo avvalsi di una serie di domande guida, che ci hanno consentito di orientare lo scambio dialogico durante le interviste effettuate. Ecco:

Quali sono state le ragioni e le motivazioni che l'hanno spinto a optare per questa scelta professionale? Lei ha cominciato fin da subito come medico di famiglia? Quali sono stati gli episodi e le tappe salienti che hanno segnato/determinato il suo percorso professionale? Come è cambiata la professione negli ultimi vent'anni? Può raccontarci qualche episodio significativo o aneddoto illustrativo del suo vissuto come medico di famiglia?

Dalle ricche risposte sono emersi, in particolare, due elementi molto evidenti che caratterizzano il ruolo e l'esercizio della professione dei medici di famiglia: il forte radicamento nella realtà territoriale d'appartenenza, rispettivamente l'approccio olistico al paziente e alla medicina.

Forte radicamento nel territorio

Soprattutto nelle parole dei due dottori che lavorano in ambiente valligiano si evince tale "simbiosi" molto sentita e vissuta:

"Sì, sì, io sono di qui, dunque sono un aborigeno della Valle (...) Poi l'intenzione era sempre quella di tornare a fare questo lavoro tra la mia gente... ho girato il mondo in tutti gli angoli, ma questa è la mia gente: parlano il mio dialetto, fanno i lavori che ho fatto io da bambino... ci comprendiamo al volo ecco."

(Intervista A)

"Ho visto i contesti universitari, periferici, situazioni anche magari di piccoli ospedali con anche la possibilità di vedere quello che è la problematica della gestione dei pazienti ambulatoriali, e questo mi ha ancora ulteriormente convinto che la mia intenzione era quella di seguire poi dopo i pazienti al fronte, sul territorio. Essendo poi anche nato praticamente qui, conosco sì la gente, ma conosco anche, e apprezzo, il territorio."

(Intervista B)

Simile radicamento comporta un'integrazione a tutto campo nella realtà socioculturale in cui ci si trova ad esercitare la professione, la quale si estende ben al di là dell'esclusivo intervento terapeutico, per abbracciare anche le sfere esistenziali e sociali.

Pertanto:

"Un buon legame col territorio, non vuol dire, per esempio, solo andare in montagna d'estate o d'inverno, ma anche un minimo di coinvolgimento della struttura sociale del paese, che sia poi nell'attività comunale o della società. E questo penso è anche un aspetto che viene apprezzato dalle persone che qui risiedono."

(Intervista B)

"Siamo gli stregoni del villaggio, e oggi abbiamo anche un po' il ruolo del prete... sa cosa vuol dire arrivare alle due del mattino a dire a dei genitori che il loro figlio si è ammazzato in macchina due ore prima...? Bisogna essere meticolosi e mai fidarsi del telefono, sempre andare di persona."

(Intervista A)

La conoscenza ampia e profonda del variegato ventaglio di caratteristiche bio-psico-sociali del paziente permette l'instaurazione di un rapporto del tutto privilegiato con lo stesso: "bisogna conoscerli per entrare in contatto", e tale conoscenza non si ferma al singolo soggetto che viene in consultazione, ma si estende al flusso intergenerazionale della famiglia e alla genealogia storica della comunità di appartenenza:

“Io conosco quattro generazioni, ho in memoria l'anamnesi (storia) familiare di metà della popolazione della Valle, e questo patrimonio se ne andrà con me. Sono un archivio vivente, perché se mi dicono T. [cita un cognome], io so che hanno certe patologie... Di un paziente, anche per telefono, voglio sapere di che famiglia è, perché so che posso dire che i membri di una certa famiglia hanno geneticamente qualcosa di simile.”

(Intervista A)

“Ho dei pazienti che conosco da quando sono nati, conosco la famiglia, conosco cos'è successo, cosa non è successo, e posso già inquadrare certe reazioni, certi problemi.”

(Intervista B)

“Se vai a trovare una vecchietta devi avere un tocco che la faccia sorridere, devi conoscere l'ambiente dove ha vissuto e cosa ha fatto questa signora durante la sua vita. Se non sai come si viveva cinquanta o sessanta anni fa, e questo ormai nessuno lo sa più, io ho avuto la fortuna di fare il contadino, il manovale, il muratore, il camionista fino e anche durante e dopo gli studi. (...)

Solo se si riesce a instaurare un canale comunicativo poggiante su punti di riferimento comuni si riesce a mettere a loro agio i pazienti, conquistandone la fiducia e accreditandosi nel contempo in termini di autorevolezza e di riconoscimento sul piano delle competenze scientifiche, ma anche a livello di qualità relazionali dal profilo umano.”

(Intervista A)

La buona adesione/aderenza alla territorialità è un indice ritenuto particolarmente favorevole anche in funzione di un contributo al contenimento dei costi sanitari, in quanto, mediante un prima diagnosi immediata, mirata e “rassicurante”, a diretto contatto con la sintomatologia insorgente, può evitare che lo stato d'ansia o le preoccupazioni ad essa attinenti si traducano in un ricorso “compulsivo” al sistema sanitario, con conseguenze evidenti sull'accrescimento dei costi di analisi, esami, test, ecc.

“Un accompagnamento [del medico di famiglia] in una situazione che sia poi di disagio fisico o psicologico, un sostegno concreto, trovo che dovrebbe essere fondamentale perché – son convinto – fa sicuramente bene al paziente. Lo tranquillizza, lo dovrebbe aiutare e soprattutto evita che si trovi in una situazione di ansia che porta il paziente a consultare indiscriminatamente servizi, strutture, pronto soccorso.”

(Intervista B)

“Penso che siamo più competenti noi in tutto. E sovente il paziente dice ‘non mi mandi da nessun altro’. Non hanno più voglia di girare. ‘Non mi mandi... faccia lei’. Facciamo molto di più. Ma questo è sempre nel mandato di competenza. Ed è sempre con l'esperienza, con gli aggiornamenti, con tutto quello che si fa. Perché si impara anche così, si impara anche sugli errori. E quindi la richiesta forse... una volta cercavano lo specialista, e invece adesso ‘ma devo proprio?’. ‘Eh sì che deve. Per forza’. Quindi come medico di famiglia di vecchia data è più facile gestire un paziente ed è anche più facile gestire questa cosa.”

(Intervista C)

Ciò, evidentemente, è tanto più efficace e rispondente ai bisogni, quanto più, già a livello di attivazione della medicina di prossimità, si disponga di apparecchiature e attrezzature relativamente sofisticate (un laboratorio per le prime analisi, ad esempio) al passo con i tempi. In effetti si sostiene che:

“In una società complessa come la nostra dove è necessario un laboratorio rapido, un sonografo, che devono essere lì, perché sono vitali, senza quelli l'anello si interrompe e devo spedire via i pazienti, che vuol dire andare da quattro o cinque specialisti con il conseguente aumento dei costi, ecc. Se come generalisti veniamo bypassati è l'aumento esponenziale dei costi, cosa che succede già adesso.”

(Intervista A)

Il conoscere bene il territorio e i suoi servizi è altresì visto come un grande vantaggio nello scambio di informazioni e nella collaborazione gestionale-terapeutica della casistica da parte dei colleghi inseriti nella rete sanitaria:

“Devo dire che i colleghi che sono stati formati qui sanno com'è la struttura del territorio, delle persone, delle procedure assicurative, ci si capisce senza problema.”

(Intervista B)

“È un grosso problema coi medici che vengono dall'esterno che non hanno avuto la formazione qui. Se fanno il medico di famiglia ci vorranno cinque o sei anni per conoscere solo la rete, capire come funziona, per farsi conoscere, per conoscere i pazienti, per conoscere la rete... quindi le nuove leve venute dall'esterno faranno fatica.”

(Intervista C)

Approccio olistico

La pregnante vicinanza e la prolungata frequentazione dell'ambiente in cui si pratica la propria professionalità induce a concepirla in un'accezione olistica, vale a dire che si concepisce il proprio mandato a tutto campo, prendendo in considerazione la persona del paziente nella sua totalità psico-fisica, ma anche recuperando il suo retaggio familiare e ambientale in senso lato.

“Io penso che è un mestiere affascinante che spazia praticamente dalla nascita alla morte della persona con tutte le patologie connesse, non solo somatiche ma anche dell'aspetto emotivo, psicologico.”

(Intervista B)

Si tratta di un intervento che abbraccia l'intero arco della vita “dalla nascita fino alla morte”:

“Noi vediamo il paziente dall'inizio fino alla fine, non è come lo specialista.”

(Intervista A)

“Noi abbiamo il vantaggio che con il passare del tempo vediamo il paziente nel suo insieme, e poi il paziente con quello che lo circonda (...) Noi abbiamo il vantaggio di conoscere

anche l'ambiente sociale del paziente che gli sta attorno (...) È affascinante la completezza con la quale tu vedi un paziente: non è solo un cuore o un polmone, ma è la persona, con tutto quello che gli sta attorno, e quello è affascinante (...) ma quello che è veramente affascinante è che tu vedi veramente il quadro generale della situazione, e sei un po' il coordinatore.”

(Intervista D)

Questa “visione di insieme” consente di mettere in atto una presa in carico globale e un processo di cura capaci di articolare sinergicamente diverse variabili e componenti che appartengono a varie sfere esistenziali e contestuali della realtà del paziente:

“Soprattutto per gli anziani o gente che vive sola è importante conoscere dove vivono, quali sono le comodità o le ‘scomodità’ della loro abitazione, quali sono gli aiuti su cui possono contare (famiglia, vicini di casa, aiuto domiciliare), quali sono le loro risorse fisiche e psichiche ecc. per poterli gestire al proprio domicilio il più a lungo possibile e in sicurezza.”

(Intervista A)

“Io penso che è sempre più importante che resti un po' un punto di riferimento – non dico l'unico punto di riferimento – ma un punto di riferimento che sia formato, che sia qualificato e disponibile per cercare soprattutto di condividere un iter che può essere magari un semplice consulto per la vaccinazione per andare in vacanza, oppure anche per un accompagnamento in una situazione che sia poi di disagio fisico o psicologico che necessita di avere un sostegno concreto.”

(Intervista B)

Il puntare sulla storia della persona, concepita nella sua unità organica integrata con il suo contesto ambientale, porta il medico generalista – a differenza dello “specialista” – ad occuparsi di un ventaglio assai variegato d'interventi curativi e terapeutici afferenti a varie branche della medicina: dalla neonatologia e pediatria alla geriatria, dalla ginecologia all'oncologia, dalla medicina d'urgenza al disagio psico-sociale.

Proprio quest'ultimo aspetto risulta affiorare come fattore di maggiore novità negli ultimi tempi, al cospetto di una crisi socioeconomica che sembra avere non poche ripercussioni sulla salute della popolazione, perlomeno di coloro che ne subiscono più direttamente le ripercussioni.

“Quando c'è stata questa perdita secca di posti di lavoro tante famiglie hanno avuto problemi non solo finanziari ma esistenziali. Spesso non vengono subito a dirti ‘guarda dal mese prossimo non ho più lavoro’, ma dicono ‘ho mal di testa’, ‘ho mal di schiena’, ‘ho mal di pancia’, e dopo lì bisogna da una parte escludere che ci sia un problema effettivamente somatico e dall'altra lenire questi disturbi funzionali, delle somatizzazioni.”

(Intervista B)

“Devo dire che una buona parte hanno dei disturbi che facciamo fatica a classificare, vengono per dei mal di pancia o dei mal di testa che però non sono organici, sono l'espressione di un disagio sociale o familiare. Soprattutto sopra i cinquant'anni ne vediamo

moltissimi che fanno un po' il punto della situazione, si rendono conto che non hanno raggiunto quello che si erano prefissati, e questo disagio lo manifestano con dei sintomi. E tante volte noi cerchiamo e cerchiamo e non troviamo niente, e diamo la possibilità al paziente di riflettere se magari non può essere qualcosa d'altro, e tanti alla fine ammettono che il problema è il rapporto col marito, quello sul posto di lavoro, ecc.”

(Intervista D)

Di conseguenza aumenta anche la casistica psicologico-psichiatrica, con l'incremento della somministrazione di psicofarmaci e antidepressivi che in passato comparivano molto raramente, almeno a questo livello di soglia.

“Quindi lavoriamo di più con l'empatia. Siamo diventati più psicologi. (...) Abbiamo imparato anche a dare gli antidepressivi. Cosa che 20 anni fa non capitava: quei pochi andavano dallo psicologo. Adesso per forza di cose si prescrive l'antidepressivo.”

(Intervista C)

“Almeno un 50% trovo che siano dei disturbi non di origine organica ma di origine psico-organica, e poi vabbè tutte le influenze, i raffreddori, tutti i malesseri stagionali, di quelli ce ne sono tantissimi, e poi ogni tanto abbiamo anche la sfortuna di trovare anche cose brutte: una sclerosi multipla, un tumore... Ma ecco, una buona parte dei disturbi li possiamo raggruppare sotto il cappello dei disturbi psicosociali.”

(Intervista D)

Concezione della professione

L'immagine che emerge della professione è sostanzialmente positiva: si mettono in luce soprattutto i risvolti gratificanti e appassionanti, sebbene non si nascondano i risvolti problematici per quanto attiene alla pesantezza e al logorio della funzione, in particolare nelle zone periferiche e più discoste, dove si avverte anche un senso di solitudine.

“Secondo me è una delle professioni più belle. Perché questo è un osservatorio. È l'osservatorio privilegiato. Dove conosci il paziente, in tutte le sue sfaccettature, in tutte le sue miserie, nelle sue difficoltà. E quindi è un osservatorio che fuori non penso che abbiamo come professione. Ed è veramente il lavoro bellissimo.”

(Intervista C)

All'inizio della carriera, però, sia per i medici di valle sia per le dottoresse di città, non è stato facile entrare nel ruolo e assumerlo fino in fondo, in condizioni di lavoro alquanto impegnative. Non ci si nasconde, infatti, la fatica e la paura di sbagliare.

“All'inizio si fa molta fatica. Per conoscere il paziente ci vogliono anni. Quindi cambiamo noi. Non è il medico di famiglia. Il ruolo che cambia con gli anni ... dopo cinque, sei anni, si conosce il nonno, il figlio, il nipotino. Si conosce tutta la struttura familiare. E questo agevola tantissimo. Con il tempo fare il medico di famiglia non è più difficile ... col tempo è più facile. Perché conosco le malattie del nonno, la genetica, conosco i problemi familiari. E quindi è una bellissima professione per questo.”

(Intervista C)

Sono soprattutto le visite a domicilio che mettono nella condizione di vivere un rapporto privilegiato con i pazienti e di ritrovare quel ruolo di grande riconoscimento sociale e professionale esistente sino a qualche lustro fa. Ciò soprattutto per quanto riguarda le due dottoresse della zona urbana.

“Quando vado ad A. [paese della cintura periferica] e posteggio la macchina davanti al vecchio lavatoio, ho previsto due visite, e arrivano a suonare dove sanno che sono per vedere altri. Quindi solo spostarsi ad A. è un'altra concezione del medico. 'Oh guarda che c'è la macchina. Nem!'. È interessantissimo. Cosa che in città non lo si farebbe mai. (...) Le visite a domicilio è forse dove ci sentiamo più importanti (...) E quando vado per esempio dai miei soliti pazienti che vado tutti i mesi, di solito c'è il figlio in più, la nuora che non sta bene... e lì si sente il medico di famiglia. La fiducia estrema.”

(Intervista C)

“Mi è capitato di fare delle visite a domicilio in cima alla Val C., un mondo completamente differente dalla città, vedere come abitano... poi vedi anche tutta la famiglia, non vedi solo il paziente e così hai un'idea più completa della persona.”

(Intervista D)

Viene molto apprezzata la dinamicità e la diversificazione di una professione che pone di fronte a una casistica estremamente sfaccettata da affrontare:

“Mi piace perché è variato: ho fatto un anno di ginecologia e dopo un anno dove curi solo donne hai l'impressione che la cosa sia limitata, o almeno io avevo questa impressione. Qui hai un po' di tutti, hai dall'adolescente all'anziano. Curo pochissimi bambini. Ho tantissimi pazienti che vengono per un motivo qualsiasi o solo per esprimere il loro disagio psicosociale o familiare, e questo mi piace perché ti dà una panoramica molto grande. Poi il fatto di poter fare le visite a domicilio è molto interessante: vedere la gente come abita, come lavora (...) Poi il Soccorso Operaio mi manda diversi pazienti... e qui vedi delle cose che neanche ti immagini: fai spogliare il paziente e vedi delle ferite di guerra che noi non siamo più abituati a vedere, e questa è una parte del medico di famiglia molto interessante, che vede un po' tutto e un po' tutti.”

(Intervista D)

Oltre alla parte più tecnica e specialistica, si sottolinea anche, ma in maniera decisa e accentuata, la dimensione comunicativa e relazionale, come una componente imprescindibile non solo dell'approccio al paziente, ma come ingrediente fondamentale della cura stessa. La disponibilità all'ascolto è, in questa prospettiva, una facoltà e una competenza importante nel conferire efficacia terapeutica alla professionalità medica.

“Devo dire che ho fatto un corso di medicina psico-sociale che mi è servito tantissimo per imparare a dare la possibilità anche a un paziente che viene anche solo per un mal di gola di prendersi quell'attimo di tempo per parlare di queste cose, e l'ascolto trovo che sia una cosa importantissima, l'accoglienza e il lasciarlo parlare (...) è cambiata la nostra esperienza, per cui impari a leggere tra le righe, a capire da come il paziente si muove se è

a disagio, per cui l'esperienza ti aiuta a dare la possibilità al paziente di raccontare e di tirar fuori...”

(Intervista D)

Con onestà e con una certa umiltà, però, non si ritiene che questa propensione all'ascolto sia una prerogativa appannaggio essenzialmente del medico di famiglia, ma la si riconosce, almeno potenzialmente, anche a qualsiasi altra tipologia di medico.

“Quando ho fatto questo corso di medicina psico-sociale, c'erano dei reumatologi, c'erano anche degli specialisti che riuscivano a prendersi il tempo per ascoltare il paziente, è anche una questione di feeling col paziente, se si sente bene lo può raccontare a chiunque. Logicamente per il chirurgo è magari più difficile perché vede il paziente in un altro ambito.”

(Intervista D)

La relazione con il paziente

Dopo esserci soffermati sugli aspetti centrali che riguardano il medico di famiglia nella percezione del proprio ruolo e della propria professionalità, ci focalizzeremo qui sull'interlocutore principe di questa figura, il paziente, per evidenziarne le principali peculiarità così come sono state espresse dai quattro intervistati. Come da loro stessi asserito, quella del medico di riferimento è in questo senso una “posizione di osservazione privilegiata” dove le domande e gli interrogativi che giungono, le preoccupazioni e le attitudini che si riconoscono, diventano lo specchio della società e delle sue evoluzioni.

Per individuare questi aspetti ci siamo rivolti agli intervistati attraverso le seguenti domande:

Chi erano e chi sono oggi i suoi pazienti? Quali sono le loro caratteristiche principali, se ce ne sono, dal profilo sociale, economico e culturale? Nei suoi anni di esercizio della professione quali sono state le domande/richieste curative più ricorrenti che le hanno avanzato i suoi pazienti? In base alla sua esperienza, da queste domande quali sono i bisogni/le esigenze più marcate che ne emergono, anche al di là dell'aspetto puramente/strettamente terapeutico?

Nel presente capitolo passeremo in rassegna alcune macro-questioni che riteniamo essere particolarmente rilevanti rispetto al tema e che sono peraltro emerse in tutte e quattro le testimonianze raccolte. Non si tratterà tanto di descrivere tipologie di pazienti, diagnosi specifiche o interventi terapeutici precisi (non è del resto in questi termini che si sono espressi i quattro medici in risposta alle nostre domande), quanto piuttosto di riportare le riflessioni emerse rispetto all'osservazione diretta di domande di “cura” di

fronte alle quali si considerano necessari – in veste di medico di riferimento – una risposta e un comportamento terapeutici di un certo tipo.

Il paziente nelle sue fasi di vita e nel proprio contesto ambientale

Come visto in precedenza, in stretto legame con la percezione del proprio ruolo di “medico generico” e di “medico di famiglia”, la concezione del paziente rilevata mette prioritariamente in evidenza due aspetti fondamentali: la presenza delle diverse fasi/età della vita nel proprio gruppo di pazienti, ognuna con le sue patologie (siano esse somatiche, psicologiche o emozionali), così come l’inserimento di ognuno in un contesto di vita, di legami familiari e di comunità ai quali il medico ha accesso. L’“osservatorio privilegiato” si riconosce proprio in questa “panoramica” globale che il medico di fiducia può avere del paziente e del proprio insieme di pazienti.

Ecco come due medici sottolineano questi due aspetti centrali, riferendosi ai propri assistiti:

“Abbiamo una sollecitazione che spazia su tutta la vita della persona, dalla nascita fino praticamente alla morte, con tutte le patologie connesse, non solo somatiche ma anche dell’aspetto emotivo, psicologico.”

(Intervista B)

“Qui hai un po' di tutto, hai dall'adolescente all'anziano (...) ho tantissimi pazienti che vengono per un motivo qualsiasi o solo per esprimere il loro disagio psicosociale o familiare, e questo mi piace perché ti dà una panoramica molto grande. (...) È affascinante la completezza con la quale tu vedi un paziente: non è solo un cuore o un polmone, ma è la persona, con tutto quello che le sta attorno, e quello è affascinante. (...) Vedi veramente il quadro generale della situazione, e sei un po' il coordinatore.”

(Intervista D)

Come ben illustrato dalle testimonianze seguenti, tale conoscenza e tale completezza nella visione del paziente, sono d'altronde agevolate da alcune condizioni che differenziano chiaramente il lavoro del medico generalista da quello del medico specialistico, come il fatto di effettuare le visite a domicilio o, insieme all’esperienza accumulata nell’occuparsi della stessa comunità, la relazione “a lungo termine” con il singolo paziente.

“Poi il fatto di poter fare le visite a domicilio è molto interessante: vedere la gente come abita, come lavora... Mi è capitato di fare delle visite a domicilio in cima alla Val C., un mondo completamente differente dalla città, vedere come abitano... poi vedi anche tutta la famiglia, non vedi solo il paziente, e così hai un'idea più completa della persona. (...) Noi abbiamo il vantaggio che con il passare del tempo vediamo il paziente nel suo insieme, e

poi il paziente con quello che lo circonda. (...) Abbiamo il vantaggio di conoscere anche l'ambiente sociale del paziente che gli sta attorno.”

(Intervista D)

“Come medico di famiglia (...) lei si sente un cane pastore. Il gregge va sorvegliato. E all'inizio si fa molta fatica. Per conoscere il paziente ci vogliono anni. (...) dopo cinque, sei anni, si conosce il nonno, il figlio, il nipotino. Si conosce tutta la struttura familiare. E questo agevola tantissimo. (...) col tempo è più facile. Perché conosco le malattie del nonno, la genetica, conosco i problemi familiari.”

(Intervista C)

Vediamo qui in modo ancora più esplicito come questa conoscenza acquisita negli anni, questo “patrimonio” secondo le parole degli stessi intervistati, sia estremamente utile nella relazione con il paziente e nell'efficacia terapeutica, come abbiamo già avuto modo di vedere nel capitolo precedente e come riprenderemo in seguito.

“Noi vediamo il paziente dall'inizio fino alla fine, non è come lo specialista. Quindi da ogni caso impari qualcosa. Come curare una polmonite ad esempio: sai che c'è questo rischio e quale antibiotico usare. Hai quel feedback di informazioni che si acquista con il tempo e con la pratica. E il paziente viene da te perché sa che si può fidare e che lo conosci. Una delle gravidanze che sto seguendo adesso è la figlia di una di quelle gravidanze che ho seguito venticinque anni fa, è la seconda generazione che viene perché sa che si può fidare. Io conosco quattro generazioni, ho in memoria l'analisi familiare di metà della popolazione della valle, e questo patrimonio se ne andrà con me. È un archivio vivente. (...) Di un paziente, anche per telefono, voglio sapere di che famiglia è, perché so che posso dire che i membri di una certa famiglia hanno geneticamente qualcosa di simile.”

(Intervista A)

“Ho dei pazienti che conosco da quando sono nati, conosco la famiglia, conosco cos'è successo, cosa non è successo, e posso già inquadrare certe reazioni, certi problemi. Se mi arriva un paziente così, che vedo per la prima volta, e mi dice 'ho mal di testa', 'ho un mal di pancia potente', dopo lì mi trovo magari già a disagio e questo poi dopo induce, soprattutto con le tecnologie che abbiamo, a dire 'va bene allora facciamo la Tac, facciamo questo e questo esame', e poi si avvia tutto un processo di diagnostica che spesso e volentieri poi crea ancora ulteriori problemi”.

(Intervista B)

Una relazione che è tanto più efficace quanto più il medico stesso è cresciuto e vive nella stessa realtà territoriale del paziente, come nel caso di questo medico che lavora in un contesto di valle e che, partendo da una descrizione del profilo socio-economico dei suoi pazienti, descrive la facilità di comprensione reciproca con i propri assistiti.

“Dal punto di vista sociale sono le categorie classiche delle valli, che sono gli artigiani, dal contadino all'agricoltore, ognuno con le sue caratteristiche. Bisogna conoscerli per entrare in sintonia. Ti arriva il contadino per qualunque cosa e gli chiedi se ha già cominciato a falciare il fieno, così puoi tirargli fuori tutto quello che vuoi perché l'hai messo a suo agio; lo stesso il muratore (...), e così per il meccanico. Poi ci sono le mamme e le mogli che stanno

ancora a casa, quelle che lavorano... Insomma, un po' tutte le categorie. E poi ci sono gli anziani, e gli anziani qua vivono a lungo, ci sono diversi i centenari; probabilmente sono caratteristiche genetiche di gente sana.

Questa è la mia gente: parlano il mio dialetto, fanno i lavori che ho fatto io da bambino... ci comprendiamo al volo. (...)

La componente umana di contatto sociale deve almeno starci per un 30%, perché se vai a trovare una vecchietta devi avere un tocco che la faccia sorridere, devi conoscere l'ambiente dove ha vissuto e cosa ha fatto questa signora durante la sua vita. (...)

Poi soprattutto per gli anziani o la gente che vive sola è importante conoscere dove vivono, quali sono le comodità o le "scomodità" della loro abitazione, quali sono gli aiuti su cui possono contare (famiglia, vicini di casa, aiuto domiciliare), quali sono le loro risorse fisiche e psichiche ecc. per poterli gestire al proprio domicilio il più a lungo possibile e in sicurezza."

(Intervista A)

Il paziente psico-somatico: dalla medicina d'urgenza alla cura del disagio psico-sociale

Come già sottolineato, prendendo in considerazione le varie fasi della vita, le patologie con cui è confrontato il medico di famiglia sono di natura molto diversa e toccano problematiche sempre più ampie e complesse. "Poli-patologie", "problemi esistenziali", "malattie psico-somatiche", "disturbi psicorganici"; così si esprimono i nostri interlocutori nel riferirsi a delle realtà sempre più presenti nei loro interventi quotidiani e che mettono in relazione con il contesto di crisi socio-economica evidenziatosi negli ultimi anni.

Ecco come alcuni medici descrivono la dimensione e la complessità di tale fenomeno riscontrato progressivamente negli anni e di fronte al quale, come approfondiremo più avanti, si è resa necessaria una risposta curativa rispondente a queste nuove esigenze.

"Pazienti che magari ho già seguito quando erano giovani e adesso con gli anni hanno dei problemi che malauguratamente diventano sempre più poli-patologie, con delle implicazioni sempre più complesse e non sempre facili da gestire.

Bisogna dire che ci sono sicuramente anche più disagi riguardo la malattia medesima.

Penso alle malattie o infortuni devastanti che travolgono tutto il contesto abituale, ma penso anche al disagio lavorativo, come abbiamo avuto in questi ultimi dieci anni, con messa in crisi dei posti federali; la posta, i militari, le ferrovie, le strade nazionali. Quando c'è stata questa perdita secca di posti di lavoro tante famiglie hanno avuto problemi non solo finanziari ma esistenziali. Spesso non vengono subito a dirti 'guarda dal mese prossimo non ho più lavoro', ma dicono 'ho mal di testa', 'ho mal di schiena', 'ho mal di pancia', e dopo lì bisogna da una parte escludere che ci sia un problema effettivamente somatico, e dall'altra lenire questi disturbi funzionali, delle somatizzazioni. E questo devo dire sia nelle persone anziane sia nei giovani."

(Intervista B)

"Ho seguito pazienti che hanno perso il lavoro e che conoscevo da 15 anni. Vanno in tilt. 'A 50 anni senza il lavoro. Cosa faccio?' Lo mettiamo in malattia, chiediamo l'Al, che non ci danno più... e tutte queste problematiche.

Forse 20 anni fa non c'era questa crisi economica-sociale, adesso i problemi sono finanziari: perdita di lavoro, richiesta di invalidità. Arrivano pazienti con delle domande sociali dove noi non c'entriamo niente. (...) L'ansia, la depressione, molto di più di 20 anni fa. (...) Penso che in un giorno che vediamo 20-25 pazienti, 5 hanno un problema sociale, economico e depressivo. (...) Abbiamo imparato anche a dare gli antidepressivi. Cosa che 20 anni fa, quei pochi andavano dallo psicologo. Adesso per forza di cose si prescrive l'antidepressivo. E si seguono... “

(Intervista C)

“Devo dire che una buona parte hanno dei disturbi che facciamo fatica a classificare: vengono per dei mal di pancia o dei mal di testa che però non sono organici, sono l'espressione di un disagio sociale o familiare. Soprattutto sopra i cinquant'anni ne vediamo moltissimi che fanno un po' il punto della situazione, si rendono conto che non hanno raggiunto quello che si erano prefissati. E questo disagio lo manifestano con dei sintomi, e tante volte noi cerchiamo e cerchiamo e non troviamo niente, e diamo la possibilità al paziente di riflettere se magari non può essere qualcosa d'altro, e tanti alla fine ammettono che il problema è il rapporto col marito, quello sul posto di lavoro, ecc. Almeno un 50% trovo che siano dei disturbi non di origine organica ma di origine psico-organica, (...) una buona parte dei disturbi li possiamo raggruppare sotto il cappello dei disturbi psicosociali.”

(Intervista D)

Dietro a sintomi difficilmente ascrivibili a una malattia di tipo organico si nascondono spesso disagi di ordine psico-sociale. In questi casi, lo hanno espresso molto bene i medici intervistati, concentrarsi sulle manifestazioni fisio-patologiche della malattia non basta più e diventa particolarmente importante prestare attenzione agli aspetti emotivi e socio-psicologici che l'accompagnano. Serve allora, prima di tutto, saper ascoltare il paziente, entrare in empatia con lui per individuare il cuore del problema che lo ha portato fin lì. Si impara ad adempiere a dei compiti di tipo diverso e che per definizione sono svolti nel territorio da servizi e da figure professionali specifici. Dal semplice ascolto accompagnato da qualche parola di supporto, alla prescrizione di un antidepressivo, o, ancora, all'aiuto nel compilare formulari assicurativi.

Nelle citazioni che seguono, simile atteggiamento terapeutico è ben valorizzato da due medici in relazione all'utilità di una formazione specifica sul tema.

“Devo dire che se tu lasci tempo al paziente di raccontare, o magari fai la domanda 'e per il resto come va?', raccontano volentieri, anche se c'è tanta vergogna (...) ho fatto un corso di medicina psico-sociale che mi è servito tantissimo per imparare a dare la possibilità anche a un paziente che viene anche solo per un mal di gola di prendersi quell'attimo di tempo per parlare di queste cose, e l'ascolto trovo che sia una cosa importantissima, l'accoglienza e il lasciarlo parlare. Io ho una gran parte dei pazienti che vengono per un mal di gola e poi si mettono a piangere e ti raccontano delle cose personali, dei drammi che vivono e non hanno il coraggio o vergogna a raccontare agli altri, mentre sanno che in uno studio medico quello che dicono resta qui e non esce. Trovo che ci sia tantissimo bisogno di questo (...) impari a leggere tra le righe, a capire da come il paziente si muove se è a disagio, per cui l'esperienza ti aiuta a dare la possibilità al paziente di raccontare e di tirar fuori...”

(Intervista D)

“Quasi tutti seguono un corso universitario di 2 anni di comunicazione col paziente. Lo seguiamo in Ticino. È un corso che ci apre veramente la porta alla comunicazione. È molto molto più facile per tirar fuori... che io 20 anni fa se non sentivo era meglio. Non andavo oltre le parole. E invece adesso con la formazione abbiamo imparato a andare oltre le parole, dall’atteggiamento alle cose che sentiamo. Quindi lavoriamo di più con l’empatia. Siamo diventati più psicologi.”

(Intervista C)

Il paziente bisognoso di certezze

Un ulteriore aspetto degno di attenzione e riguardante l’evoluzione del paziente e delle sue esigenze dal punto di vista del medico riguarda la maggiore iniziativa nella ricerca di informazioni; un atteggiamento che nasconde ansie e insicurezze e al quale, secondo le parole degli intervistati, è fondamentale rispondere con autorevolezza, rafforzando il sentimento di fiducia nei confronti della propria figura, così che per il paziente essa finisca per rappresentare la fonte di informazione per eccellenza.

Ecco come i nostri interlocutori descrivono una realtà del genere, sottolineando la centralità della relazione:

“E l’altro grosso cambiamento, che forse non ci pensiamo... arrivano coi fogli di internet. Wikipedia, google, guardi nei sintomi a cosa corrisponde. (...) I cinquantenni arrivano con Gente, Oggi [rotocalchi italiani], con la pagina di medicina... che non è molto scientifica ma bisogna chinarsi sulla problematica. (...) Per forza. Perché oggi non è più il paziente che non sa. Oggi il paziente ha tantissime informazioni, alcune distorte e alcune vere, e viene con questa domanda ‘guardi, ho questa malattia’.”

(Intervista C)

“C’è sempre più necessità di informazione sugli ultimi ritrovati, sia poi medicamentosi che chirurgici, da parte del paziente (...) E poi diventa anche difficile da gestire perché magari si informano già prima, poi dopo scaricano, leggono. Non solo col vicino di casa ma anche nell’internet. E lì non è sempre facile dire ‘no guarda che questo è un altro problema’. E poi penso che in ultima analisi è sempre il rapporto di fiducia. Se non c’è un buon rapporto di fiducia penso che allora ci si può illudere di risolvere il problema.”

(Intervista B)

“La prima cosa che il paziente vuole sapere è cosa ha e cosa si può fare, cosa è meglio, che sono la maggioranza. Poi ci sono quelli che dicono che hanno male al ginocchio e vogliono fare la risonanza magnetica, e allora lì dico ‘prima mi fai vedere il ginocchio e poi ne ridiscutiamo’... Per poter avere questo rapporto e frenare queste richieste, bisogna avere acquistato quell’autorevolezza che viene con gli anni, che la gente sa che ‘di quello lì ti puoi fidare’.”

(Intervista A)

Il ricorso alla rete socio-sanitaria territoriale: collaborazioni e sinergie

La rete socio-sanitaria in cui si inserisce e con cui collabora il medico di famiglia per la presa in carico del paziente è un altro tema indagato attraverso la nostra inchiesta qualitativa. Dalle interviste è emerso come la possibilità di confronto diretto e la qualità della collaborazione fra i diversi attori e professionisti della medesima, rappresenti una necessità per una migliore qualità delle cure in un'accezione interdisciplinare e interprofessionale. Questo supporto all'esercizio della professione influisce non solo sulla salute e sul benessere del paziente, ma incide pure sulla qualità di vita dello stesso medico di famiglia. Dagli snodi più istituzionalizzati come gli ospedali, ai servizi di assistenza e cura a domicilio, la rete sembra funzionare perfettamente nella zona urbana luganese di cui abbiamo testimonianza. Le tecnologie aiutano a supplire alla rarefazione dei servizi caratteristica delle regioni più discoste e periferiche come le valli, dando al medico maggiori competenze nell'ambito della medicina d'urgenza. I medici di famiglia avvicinati, in un contesto di forte burocratizzazione delle procedure per la presa in carico dei pazienti, fanno anche notare come il buon funzionamento della rete sia garantito dalle relazioni interpersonali con i diversi collaboratori a cui si rivolgono.

Le domande che hanno guidato la raccolta dei dati che presentiamo in questo capitolo sono le seguenti:

Con chi collabora più frequentemente nella presa in carico del paziente nel suo territorio? Può descriverci brevemente la sua rete di riferimento? Ci sono stati cambiamenti a questo proposito nell'arco degli ultimi vent'anni? Quali sono state le trasformazioni più rilevanti da lei riscontrate? Nuove frontiere/collaborazioni/sfide professionali? Nell'ottica di migliorare/rafforzare queste collaborazioni e sinergie, che cosa auspicherebbe in un futuro relativamente prossimo?

I quattro medici intervistati, come accennato in precedenza, esercitano la professione in contesti molto differenti, sia dal punto di vista geografico, sia dal punto di vista dell'organizzazione dello studio medico (vedi specchietto p. 70). Inoltre la complessità del sistema istituzionale e l'evoluzione delle problematiche sanitarie a cui il medico di famiglia è confrontato (cfr capitolo precedente), rendono la riflessione sulla rete sanitaria una questione di primaria importanza.

I diversi contesti di esercizio della professione e il ricorso alla rete socio-sanitaria

Le due realtà professionali in cui operano i nostri medici, zona urbana e zona valligiana, come pure l'organizzazione dello studio medico, sono elementi che influiscono a più livelli sul tipo di collaborazione instaurata o auspicata con la rete socio-sanitaria.

Per illustrare queste peculiarità, iniziamo con l'esempio della realtà lavorativa in cui si trova ad operare un medico di valle, caratterizzata dall'isolamento e dalla necessità di organizzarsi tramite l'acquisizione di strumenti, veicoli e tecnologie atte a far fronte alle urgenze in una zona dislocata:

“I primi anni di picchetto si facevano sette giorni su sette, tre settimane al mese, era veramente dura, eri sempre di picchetto. (...) Era veramente pesante sia come lavoro.., e poi l'isolamento. Adesso abbiamo l'ambulanza, abbiamo l'elicottero, anche se per le urgenze ho cominciato negli anni '80 a istruire i samaritani, a cercare di mettere a punto un servizio di soccorso, insegnare cosa fare, misurare la pressione mettere un'infusione ecc. e queste cose. Avevamo la nostra ambulanza, ricordo il primo politrauma, era un giovane vallesano che si è schiantato contro un pulmino, politrauma, trauma cranico, ecc. era la fine di maggio dell'83... conclusione siamo riusciti ad intubarlo per un pelo con quattro medicinali e un'ora e mezza sull'ambulanza, ancora quei vecchi furgoni Volkswagen dove la barella entrava sul motore da dietro, e per fortuna avevamo il portapacchi sul tetto dell'ambulanza, dove riuscivamo ad appendere le infusioni e poi farle entrare da lì, altrimenti era solo per il trasporto e basta, solo per dare un'idea. In più le conoscenze e i medicinali erano quelli che erano trent'anni fa, adesso è tutto diverso ma trent'anni fa anche solo per curare un'ipertensione avevamo pochi mezzi a disposizione, mentre adesso abbiamo sette o otto classi di medicinali diversi. Adesso per un infarto arrivi lì col monitor, fai un elettrocardiogramma, o me lo mandano sull'iPhone, magari di notte, leggi l'elettrocardiogramma, vedi che ha un infarto, subito al Cardiocentro e tempo un'ora ed è in dilatazione e quello è come se non avesse fatto l'infarto. (...) due volte a settimana vengo qui ad A. [cita una località della Valle] a garantire un pomeriggio di ambulatorio e poi faccio delle visite. I pazienti hanno due bucalettere dove mettono gli avvisi per le visite a domicilio; adesso sta andando in disuso da quando ci sono i telefoni, però gli anziani hanno ancora l'abitudine di buttar dentro magari una richiesta di ricetta, dunque si passa di lì e si raccoglie.”

(Intervista A)

Al forte carico di lavoro legato allo sviluppo e all'esercizio della medicina d'urgenza nelle zone valligiane, per il medico di famiglia si aggiungono le questioni amministrativo-burocratiche e finanziarie. Questi elementi, unitamente all'isolamento, contribuiscono per taluni a rendere poco attrattivo l'esercizio della professione nelle zone periferiche:

“Sarei contento se a livello soprattutto politico, si avesse un occhio di riguardo per quella che è adesso la situazione critica per la periferia, perché i giovani colleghi di rincalzo che arrivano sono sempre meno. Se vedono la situazione quadro dicono sicuramente 'ma chi me lo fa fare?'. In più c'è l'aspetto finanziario. Siamo pur sempre una piccola impresa perché anche noi nel nostro piccolo tra assistenti di studio medico, personale di pulizia,

oneri di gestione ed assicurativi, i costi non sono indifferenti. L'aspetto gestionale in particolare del personale diventa sempre più problematico per trovare il personale disposto a venire a lavorare in periferia. Se vedo quello che è stato fatto soprattutto negli ultimi anni con l'esempio del laboratorio, che attualmente rischia di non più essere attrattivo e crea solo costi di gestione, questo diventa penalizzante per tutti. Se poi anche il lato retributivo invece di essere valorizzato viene diminuito, è chiaro che dopo non dobbiamo meravigliarci che il collega sceglie un orientamento con maggiore attrattiva finanziaria e un minor impegno burocratico-gestionale e di presenza e disponibilità.”

(Intervista B)

“Adesso sono arrivati due giovani in Valle che hanno aperto uno studio assieme, e che presto si sposeranno, e c'è la dottoressa di M. [cita una località della Valle], così siamo ritornati in quattro sul territorio. Però non è cambiato molto, nel senso che loro hanno riassorbito parte dei pazienti che avevo dovuto prendere quando il collega si era ammalato e parte di quelli che andavano da medici a B. [località di pianura] anche perché a B. i medici sono invecchiati e sono sempre di meno, e di giovani generalisti non ce ne sono arrivati negli ultimi 15 anni. Quindi, quelli di B. sono sovraccarichi, e la gente di qua che andava a B. è tornata in Valle ed è stata assorbita da loro, un po' sono stati riassorbiti i pazienti del collega che si è ammalato e io sono più o meno rimasto lì, i miei milletrecento pazienti all'anno sono sempre lì insomma.”

(Intervista A)

La zona urbana permette, grazie alla rete in cui si inserisce l'esercizio della medicina di famiglia, di alleggerire il carico lavorativo permettendo ritmi di lavoro meno logoranti dal punto di vista psico-fisico. Inoltre la possibilità di condividere lo studio con altri medici, magari specialisti, contribuisce anch'essa a risolvere determinate problematiche attraverso un'organizzazione di questo tipo:

“Siamo quattro associati nel senso che ognuno ha i suoi pazienti, con schedario separato, però se uno di noi va in vacanza l'altro è a disposizione, dunque c'è la comodità che hai già i dati o ci passiamo delle consegne; poi abbiamo due medici che vengono due volte alla settimana, uno è un oncologo e l'altro un immunologo, così, per ampliare un po' l'offerta ai nostri pazienti. All'inizio, quando ho aperto lo studio, non si parlava di medie, non si parlava di statistiche, tu facevi quello che ti sentivi di poter fare senza pensare alla burocrazia, alle statistiche, al fatto che ho già prescritto troppo di questo o di quest'altro (...) per questa tematica delle statistiche ci obbligano un po' a fare attenzione a questo o a quest'altro. Io sono fortunata perché col fatto che abbiamo lo studio di gruppo riusciamo a tenere i costi ancora abbastanza bassi, e se io penso che quel paziente dovrebbe beneficiare di fisioterapia gliela prescrivo. Però c'è molta più burocrazia, devi fare molti più calcoli, hai sempre paura di sbagliare...”

(Intervista D)

Sul tema dell'organizzazione dello studio e quindi della professione, dalle parole degli intervistati emerge pure la questione di genere relativa alla gestione degli impegni familiari e lavorativi. Un tema sicuramente comune a molte professioni nel nostro Cantone, ma che tocca anche le donne che esercitano la medicina di famiglia. La presenza e il buon

funzionamento della rete socio-sanitaria, insieme all'opportunità di condividere lo studio in zona urbana con altri colleghi, permette ai medici di famiglia donna che abbiamo consultato di dedicarsi alla professione, riuscendo nel contempo a dedicarsi adeguatamente all'educazione dei figli:

“Penso che adesso ci sia un'equivalenza. È più difficile, perché all'inizio con la famiglia e i bambini non puoi iniziare a lavorare al cento per cento come fa un uomo, e all'inizio di posti al cinquanta non ne esistevano: come quando ho fatto io la formazione in ospedale, praticamente non c'era nessuno che faceva il cinquanta, o facevi il cento o non facevi niente. Per questo tanti hanno scelto percorsi alternativi, ma negli ultimi anni però le donne interniste saranno il 40% circa. (...) Se io fossi un uomo, che deve mantenere una famiglia solo col mio lavoro, lo sentirei molto di più. Per me è quasi un hobby, io mi alzo al mattino e sono entusiasta di venire qui, di vedere i pazienti, di poter fare qualcosa, e quando vado a casa sono entusiasta di vedere i miei bambini e di poter fare qualcosa con loro. L'ho sempre affrontato un po' come se fosse una passione e non come un dovere, nel senso di dire: 'adesso mi devo alzare, devo andare'.”

(Intervista D)

“Sono rimasta vedova con due bambini. E la scelta era obbligatoria, per non avere le guardie, i turni, le notti. E questa è stata la scelta che mi ha portata ad aprire lo studio. Altrimenti penso sarei rimasta come medico ospedaliero. (...) poi ho aperto lo studio da sola. All'inizio metà, era molto più piccolo, c'erano questi locali vuoti, e quindi ho detto “prendo una collega”. E da quattro anni ho una collega... ha 40 anni, quindi 20 anni in meno di me, che lavora al 70%. Anche lei sposata con bimbo quindi non al 100%. Un collega chirurgo, e adesso arriverà un'altra dottoressa a un'altro percentuale, sempre medico di famiglia. E questo è un po' il futuro se... Se il managed care non ha funzionato. Il futuro è lo studio grande, quindi struttura già inserita, quindi le spese da dividere, lo spazio disponibile. Questo è un po' l'idea che funziona. Ed è uno studio sempre aperto, tutti i giorni. Non è mai chiuso essendo diversi medici. Questo è il vantaggio.”

(Intervista C)

Nella valli, la rarefazione della rete socio-sanitaria a cui fare riferimento, rende l'esercizio della professione particolarmente difficile e domanda ai medici di famiglia una disponibilità quasi totale, imponendo ritmi e carichi di lavoro molto intensi che a lungo termine possono risultare logoranti sul piano, sia fisico, sia psichico. Così si esprime ancora un dottore di valle:

“Qui tutta la medicina è fuori dal mondo, nel senso che non esiste più quasi da nessuna parte, perché io vedo ancora tanti bambini, ho seguito più di centodieci gravidanze in questi trent'anni, sono già nati due bambini quest'anno e adesso ne arriveranno altri due, una cosa eccezionale, anche se nessuno lo vuole più fare. (...) Noi garantiamo degli orari di presenza negli ambulatori pubblici, la presenza di un sostituto durante le assenze per vacanze o altro e la presenza di un medico di picchetto 24 ore su 24 in caso di urgenze. Questo è un ambulatorio che prima era del Comune di A., adesso del Comune B. (...) C'è solo il mio qui; ce n'era uno a C. ma è stato chiuso, ce n'era uno a P. e a S., ma sono rimasti fuori dalla zona di montagna, che parte da T. in su, poi c'è tutta la Valle V., c'è l'alta Valle M., c'è la Valle O. e I.: tutte zone dove il Cantone versa un'indennità annuale per il picchetto a un

medico responsabile; se sono via metto un sostituto, di solito un collega vicino che mi sostituisce e viene a fare gli orari di ambulatorio e poi c'è il picchetto del circolo medico che entra e io verso al circolo parte della mia indennità.”

(Intervista A)

Mentre una dottoressa in zona urbana ci dice ancora:

“Mi son sempre detta che il paziente che viene e si siede lì affida la sua salute a me. Cioè è un mandato. Io sono qui ed è una responsabilità immensa.

Il vantaggio è che chiediamo al collega, siamo in tre, però la responsabilità è nostra. Non si può sempre mandarlo in ospedale a chiedere aiuto.”

(Intervista C)

Il funzionamento della rete socio-sanitaria territoriale

Parliamo ora, più in dettaglio, delle collaborazioni e delle sinergie tra medico di famiglia e rete socio-sanitaria. Ecco un esempio della rete a cui si affida una dottoressa in zona urbana:

“Cardiologia: Cardiocentro, senza nessun problema; problemi di infezione: Ospedale civico o Moncucco, e basta un colpo di telefono; dermatologia: online mandiamo le foto del problema e ci dicono ‘può essere questo, questo o questo’. La rete nel Luganese funziona benissimo. Funziona bene forse di più con le donne che non hanno mai sgomitato. Noi non abbiamo dato mai fastidio a nessuno. Sempre gentili, sempre corrette. Il mio lavoro è la mia piccola nicchia, non invado quella di nessun altro. Nei maschi invece c'è molta rivalità. (...) Io chiamo il Cardiocentro il Professor Moccetti: ‘Prof...’. ‘Domani mattina te lo vedo’. ‘Grazie Prof. Ma con tutti. Con tutti i campi della medicina. Pneumologia... quindi la donna è più favorita.

Quindi sulla rete nel Luganese non si può dire assolutamente niente. Funziona benissimo.”

(Intervista C)

Anche un medico della zona valligiana afferma che la rete funziona bene:

“Se sono pazienti che vengono indirizzati a uno specialista di solito abbiamo la nostra rete che ha sempre funzionato e mi auguro possa ancora funzionare. È una cerchia di solito di colleghi – o perché hanno studiato assieme, o perché si sono incontrati durante la formazione – o durante gli aggiornamenti che facciamo. Si ha un rapporto di fiducia, si ha un buon feedback. Poi ci sono anche dei colleghi che magari sono anche disposti a ricevere delle informazioni di tipo digitalizzato, radiografie, fotografie di referti per esempio cutanei. Ho sempre avuto un'ottima collaborazione con l'ospedale di Faido. Adesso anche questo è stato ridimensionato per cui per le patologie un po' più pesanti, un po' più anche urgenti, facciamo capo all'ospedale San Giovanni o Civico di Lugano. Il rapporto sia nell'ambito del pubblico ma anche del privato di regola è buono. Come partner al fronte nelle situazioni d'urgenza abbiamo il sostegno della REGA ed il servizio Tre Valli soccorso.”

(Intervista B)

Un fattore fondamentale per il buon funzionamento della collaborazione interprofessionale, anche se strutturata e attivata in modo diverso in zona urbana, rispettivamente valligiana, consiste nella conoscenza diretta dei professionisti:

“Di solito chiaramente siamo già noi che li indirizziamo perché sappiamo ‘guarda qui conosco. So che sarebbe l’ideale per la tua situazione’ per cui siamo già noi in sé che li indirizziamo. Non è che gli consegniamo la lista e diciamo ‘questi sono tutti i cardiologi della regione adesso fai poi tu la crocetta su quello che vuoi’. Sicuramente con gli specialisti che di solito collaboriamo abbiamo un buon rapporto, se c’è un problema gli si telefona: ‘cosa pensi, adesso ha reagito così invece che cosà’. Questo è un po’ il discorso della messa in rete delle risorse. Senza il managed care.

Io mi auguro di poter mantenere ancora prima di tutto una buona conoscenza personale dello specialista, e questo in un piccolo contesto come il nostro Cantone non dovrebbe essere un problema, e dall’altra parte che non diventi un percorso pieno di ostacoli – vuoi da parte dell’assicuratore perché bisogna magari chiedere prima il permesso, riempire, mandare il fax e dall’altra parte – di regola l’ho sempre fatto, e penso che è anche corretto, una piccola letterina. Dicevo prima del telefono ma spesso e volentieri è importante anche fare una letterina con i problemi e i dati più importanti del passato e delle aspettative che il paziente richiede. Ecco io questo mi auguro che possa essere mantenuto – se non ancora migliorato – anche così per il futuro. E devo dire che i colleghi che sono stati formati qui sanno com’è la struttura del territorio, delle persone, delle procedure assicurative, ci si capisce senza problema.”

(Intervista B)

“Per tutto quello che è chirurgico siamo obbligati a mandarlo dallo specialista, dunque di solito spiego al paziente chi sono gli specialisti, non so, l’ortopedico, il chirurgo, ecc. che ci sono, e poi il paziente sceglie, non impongo qualcuno. Se conosco lo specialista personalmente è più facile, perché chiami e ti prendono il paziente prima, se trovano qualcosa anche loro ti chiamano, la comunicazione è più veloce. Comunque ortopedici e chirurghi sono gli specialisti da cui mandiamo più facilmente; i radiologi, per certe indagini; l’otorinolaringoiatra o l’oftalmologo, ma poi di solito il paziente va direttamente dallo specialista se ha un problema all’occhio. Psichiatri, collaboro tanto con psicologi e psichiatri... più o meno ecco, sono questi.

C’è forse più offerta e il paziente è più propenso ad accettare tutto quello che è aiuto sociale, assistenza, lo psicologo... Forse vent’anni fa facevi più fatica a mandare un paziente dallo psicologo, e la risposta era: ‘non sono matto’; adesso diciamo sono cambiati un po’ i pazienti nel senso che accettano più volentieri. Ci sono più offerte: una volta se volevi fare una Tac avevi un posto solo, adesso hai diversi posti dove poter mandare a fare una Tac, e magari il paziente ti dice che in quel posto non vuole andare, perché magari ‘in quell’ospedale è morto mio marito’ o ‘ho avuto una brutta esperienza’. C’è forse più offerta, ecco, questo sì. (...) mi capita di mandare un paziente a fare un’indagine, magari in urgenza, e magari me lo prendono due giorni dopo, e poi ci vogliono due settimane per avere la risposta. Ecco, quello che potrebbe migliorare un po’ è la rapidità, e questo è quello che invece funziona benissimo quando conosci la persona: ho dei colleghi che magari mi chiamano alle otto di sera sul natel dicendomi: ‘guarda gli ho trovato questo e quello, fai questa indagine’, ecc. Nel pubblico funziona un po’ più lentamente che nel privato, spesso dobbiamo chiamare, sollecitare, perché non avevano tempo di scrivere, non avevano la

segretaria, ecc. Ecco, quello che si potrebbe migliorare senz'altro è la rapidità nello scambio di informazioni.”

(Intervista D)

Per le situazioni di urgenza, come si può ben immaginare, la tempistica è fondamentale. Il primo intervento e una rapida risposta da parte della rete socio-sanitaria determina il tipo di intervento, la qualità e la riuscita dello stesso, senza dimenticare i costi ad esso associati:

“Ai tempi bastava un telefono, al primario o al capo-clinica, ‘sì lo mandi giù nessun problema’. E adesso bisogna magari fare la segreteria, la segretaria, il capo clinica, l’assistente... E alla fine si perde la pazienza, si chiama l’ambulanza e il paziente viene caricato e via. Questo è un’aberrazione che dovremmo cercare chiaramente di migliorare perché lo vediamo anche nella gestione. Una volta si telefonava al capo clinica e sapeva... non dico tutto di tutti, ma era al corrente. Al giorno d’oggi telefono magari dopo due o tre giorni che ho un paziente all’ospedale ‘ah mi scusi io sono appena arrivato’, ‘ah mi scusi il mio collega adesso fa il 50%’, o ‘non c’è’. C’è una frammentazione che poi lo percepisce tra l’altro anche il paziente. E quello lo si può già percepire quando entrano in un ospedale e c’è l’infermiera addetta magari a misurare la pressione, arriva l’altra a misurare la temperatura, e di questo il paziente chiaramente ogni tanto si lamenta. Dopo su quelli che sono gli atti puramente tecnici in particolar modo chirurgici lì c’è stato sicuramente un’evoluzione. Se penso solo ai tempi quando si facevano colecistectomie, cioè l’asportazione della cistifellea, bisognava tagliare quasi metà della pancia, stavano magari, se andava bene, 10 giorni all’ospedale, per due mesi non potevano lavorare. Adesso non dico si fanno ambulatorialmente ma poco ci manca. E questo è anche un’evoluzione che per noi crea da una parte lavoro, e questo ci fa piacere, dall’altra parte però crea anche delle tensioni perché se un paziente mi ritorna e appena ritornato dall’ospedale ha un problema, non posso dirgli ‘eh sì, va bene, vieni tra una settimana che vediamo’. Può fare una complicazione acuta, può avere dei problemi che bisogna risolvere direi quasi nell’immediato, per cui questo crea anche nella normale gestione dello studio delle tensioni sia per il personale che lavora sia anche per gli altri pazienti che però di regola sono comprensivi. Se capita di dover uscire al domicilio del paziente o di lasciare un momento le consultazioni abituali per un’urgenza di regola non ci sono delle lamentele da parte dei pazienti che aspettano.”

(Intervista B)

Sulla questione della gestione e della burocrazia un altro medico sostiene:

“Se si riesce un po’ a contenere questa burocrazia e questi controlli non dovrebbe cambiare tantissimo, cioè il medico è medico, deve assistere, deve offrire la consulenza, deve permettere al paziente di sfogarsi, e questo rimarrà anche nel futuro. L’importante è che non cresca troppo tutto quello che è burocratico, il riempire certificati per magari delle banalità: se devo perdere venti minuti per giustificare alla cassa malati perché ho dato un lassativo, quello trovo che sia assurdo! Ma il rapporto umano col paziente, quello non dovrebbe cambiare tanto.

Soprattutto sono le casse malati. Ogni esame devi poterlo giustificare, ogni indagine devi poterla giustificare... da una parte siamo dei professionisti, nel senso che non penso che facciamo indagini così per sport, cioè riteniamo che in quel momento sia giustificata. Dopo,

è chiaro, su cinque Tac che faccio la maggioranza sono normali, e se l'avessi saputo prima non le avrei fatte. Ecco, questo mi disturba, il dover costantemente giustificare i miei atti terapeutici.”

(Intervista D)

Cure infermieristiche a domicilio come elemento fondamentale della rete socio-sanitaria di supporto al medico di famiglia

Illustrando la rete di servizi socio-sanitari con cui collabora per la presa in carico dei suoi pazienti, uno dei medici, come già riportato, sostiene:

“Il servizio infermieristico ed assistenza domiciliare anche se citato per ultimo è fondamentale nella gestione del paziente al proprio domicilio, con i suoi cari, i propri affetti e le polipatologie soprattutto degli anziani, sempre più complesse da gestire sino alla fine dei nostri giorni.”

(Intervista B)

Una riflessione analoga sul ruolo centrale giocato dalla professione infermieristica ci viene riferita anche da un medico della zona urbana:

“C'è il servizio sia cantonale che privato. Nel nostro circondario è il Maggio che funziona cantonalmente, non esistono problemi: un colpo di telefono la sera e il giorno dopo abbiamo quello che vogliamo. In più, abbiamo due infermiere private che lavorano per noi sul terreno.

Loro sono la lunga mano dello studio. Quindi prelievi, visite, controlli... mandiamo loro. (...) 'Un paziente non sta bene: puoi passare tu?'. Va, vede, pressione, polso, poi mi chiama: 'penso che sia questo'. Faccio un prelievo e vengo stasera. Così non scappo dallo studio. Per i pazienti di oncologia c'è il servizio apposta... c'è Hospice che si occupa con infermieri diplomati in oncologia. Quindi possono restare a domicilio fino a che ce la fanno. Possiamo ritenerci fortunati. Fin che dura.”

(Intervista C)

Sembrerebbe quindi emergere come la figura professionale dell'infermiere specializzato possa creare una proficua sinergia nell'ambito della medicina di prossimità per la presa in carico del paziente nel proprio ambiente domestico. Questa assistenza congiunta tra medici e infermieri, se potenziata, potrebbe costituire un'importante alternativa all'eccessivo carico lavorativo rilevato soprattutto nelle zone valligiane.

Per concludere, tenuto conto della complessità del compito di far fronte alle questioni riguardanti la salute/malattia della popolazione, la rete dei servizi socio-sanitari di cui ci hanno parlato i quattro medici di famiglia costituisce un'imprescindibile risorsa per gestire il carico e la pressione dei ritmi logoranti – sul piano fisico e psicologico – cui essi sono sottoposti, non solo nell'immediatezza dell'esercizio della professione, ma anche nel lungo periodo. In tale prospettiva, il potenziamento della rete socio-sanitaria territoriale con lo sviluppo delle collaborazioni con altre figure professionali appare dunque come una buona

ipotesi di lavoro per contrastare l'eccessiva pressione attualmente esercitata sui medici di famiglia, in particolare nelle aree più discoste del Paese. Nella fattispecie si potrebbe pensare alla proficue concertazioni con infermieri specializzati, in vista, come già accennato, di curare il paziente con interventi di prossimità ben distribuiti nel territorio, che possano accompagnare nelle fasi di riabilitazione che viepiù si spostano a domicilio, come pure contribuire alla permanenza dei pazienti cronici il più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare.

Formazione e futuro professionale

Arriviamo così all'ultimo tema indagato tramite la nostra indagine, ossia la formazione del medico di famiglia, per poi concludere con le opinioni sul futuro di questa figura professionale di cui abbiamo cercato di fornire un ritratto che in nessun modo si ritiene o si pretende essere esaustivo. Le domande a cui hanno gentilmente risposto gli intervistati sono queste:

In futuro, come immagina il ruolo del medico di famiglia rispetto anche all'evoluzione e ai cambiamenti sociali e culturali in corso? In particolare pensando al campo delle professioni sanitarie. In questo orizzonte futuro qual è il suo parere rispetto alla formazione che dovrebbe riguardare la professionalità del medico di famiglia? Per finire: quale messaggio augurale o incentivo positivo/propositivo rivolgerebbe a un giovane medico per stimolarlo a intraprendere la professione di medico di famiglia?

Formazione accademica sì, ma anche la pratica

Le persone interpellate 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 mediante un periodo di stage da effettuarsi presso uno studio medico già avviato. Si afferma così l'utilità di affinare la propria professionalità in un contesto diverso rispetto a quello ospedaliero per avvicinarne la casistica specifica.

“Devono fare una buona formazione di base internistica, come abbiamo già, perché la nostra formazione è davvero ottima, perché passa in rassegna un po' tutte le varie specialità, e uno per avere una certa specialità deve vivere del tempo nel tal reparto, tenendo presente che l'ospedale è però diverso dalla medicina sul territorio, perché chi lavora in ospedale non avrà mai il feedback, o lo avrà pochissimo, perché non ha il ritorno di informazioni. Bisogna andar fuori a lavorare sul territorio; lo stanno già facendo, mandare fuori l'assistente a lavorare da un generalista, ma non dev'essere il generalista che si siede

alla scrivania, ma il generalista che va in giro a prendersi cura della gente e che si dà da fare. E se si decide di tenere a casa le persone fino a novanta o cento anni, bisogna sapere dove stanno, e il primo che deve conoscere la situazione di questi paziente deve essere il medico, che deve lavorare sul territorio, in casa, ed è lì che dobbiamo portare i giovani: fuori, o sul luogo di un'emergenza, questo bisogna insegnargli. Una volta che vedono, questo non glielo toglie più nessuno.”

(Intervista A)

“Per i futuri professionisti penso che la formazione FMH con un minimo di 5 anni, con praticamente le specialità che bisogna fare obbligatoriamente come la medicina interna e la chirurgia, siano una buona base di formazione. Formazione intendo non come studente, ma come medico diplomato che poi dopo ha fatto la formazione nei vari settori. E questo chiaramente costa, ma in ultima analisi può far risparmiare soldi piuttosto che avere un collega che non ha sufficiente formazione, ed esperienza, e che dopo fa solo il distributore – diciamo – di formulari, di indirizzari, però non riesce a gestire il paziente. Per ovviare a questa tendenza e incentivare l'attrattiva è necessario promuovere nuove formule di collaborazione a tutti i livelli. Ci sono già degli esempi pratici come l'assistente medico che fa pratica per 3-4 settimane nello studio medico (Praxisassistenz).”

(Intervista B)

“Secondo me la cosa più valida è fare degli stage in formazione, quando non sono ancora laureati, con la possibilità di fare sei mesi pagati. (...) dopo la laurea, fanno sei mesi, di cui i primi tre mesi con una presenza costante del titolare dello studio, mentre gli altri tre in modo più autonomo. E così in sei mesi i giovani si rendono conto della casistica, lavorando realmente. La società di medicina generale di Berna paga la metà dello stipendio a questi giovani laureati che fanno sei mesi negli studi. E quindi anche questo è un passo enorme. Perché il medico ti paga la metà dello stipendio, da Berna arriva l'altra metà, e dopo tre mesi tu puoi andare in vacanza e lo lasci lì. E loro si fanno le ossa. Noi non avevamo questa possibilità. Noi arrivavamo dall'ospedale come medico di studio. E invece adesso chi ha l'idea 'faccio uno studio medico', fa una formazione già un po'... e sei mesi sono importanti.”

(Intervista C)

Una componente imprescindibile nel bagaglio di competenze che un medico generalista dovrebbe possedere è ritenuta essere, da coloro che svolgono questa funzione nelle valli, la medicina d'urgenza. Essa viene vista come un substrato ideale per consentire di far fronte professionalmente – in maniera adeguata, sia per quanto riguarda i tempi d'intervento, sia per procedere a una prima diagnosi efficace – all'estesa fenomenologia di chiamate legate a incidenti, infortuni, malori della popolazione locale e di quella di passaggio.

“Abbiamo cominciato la vera medicina d'urgenza nel 1991-92, con i primi corsi con l'elicottero, dato che volevamo mettere un servizio di contrapposizione alla Rega. Poi sono entrato nella Rega dove ho fatto dieci anni di servizio fino al 2006, sempre sabato, domenica e mercoledì, però c'è stata veramente un'evoluzione incredibile nella medicina d'urgenza. Quanta gente si è salvata dall'infarto.... (...)

Questa è la visione di insieme, e infatti mi piacerebbe che passasse il messaggio, anche tra i nostri guru universitari che formano i medici generalisti, che per formare un buon generalista, in una valle o zona periferica – perché in città è tutto diverso – ci vuole medicina di urgenza, che è fondamentale anche per una banalissima polmonite, perché se io vado a trovare un vecchietto con la febbre alle due del mattino, e comincio a palpare un polso a 120, magari un po' debole e il paziente disorientato, so che bisogna spedirlo al volo in ospedale; se però arrivo con lo stesso vecchietto con una febbre a quaranta, un polso di ottanta e bello cosciente, gli posso dare un antibiotico e tenerlo a casa; questa è la medicina di urgenza.”

(Intervista A)

Simile rilevanza della medicina d'urgenza, segnatamente per chi pratica nelle aree più lontane dai nuclei urbani del territorio, è ammessa e riconosciuta anche da chi invece ha uno studio in pieno centro cittadino, dove è certamente più facile ricorrere ai vari servizi specialistici offerti dal tessuto ben irrorato della rete sanitaria e socio-assistenziale.

C'è una grossa differenza, secondo Lei, nell'esercitare questa professione in una città rispetto ad una zona più periferica, nelle valli per esempio?

“Sicuramente. Nelle valli è forse molto più difficile, cioè se da me arriva un paziente con un grosso taglio lo mando in ospedale, nel senso che io faccio la piccola chirurgia ma le cose più grosse... se devo ingessare lo mando al pronto soccorso; ho colleghi nelle valli che fanno di tutto e di più. Qui, se un paziente fa un arresto cardiaco, arriva l'ambulanza e lo rianimano loro; ho colleghi che devono lasciare il loro lavoro, uscire perché l'ambulanza non arriverebbe in tempo, cioè c'è molta più medicina d'urgenza, molta più chirurgia, sicuramente è molto più pesante, ti chiamano di giorno e di notte. Qui noi di notte facciamo i turni, io faccio una notte ogni tre mesi, che è fattibilissimo; ho colleghi fuori che vengono chiamati quasi tutte le notti... È molto più pesante farlo fuori.”

(Intervista D)

Importanza attribuita alla relazione e alla comunicazione

Sempre in ambito formativo, si ritiene 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.

“Eh sì, all'inizio non è facile, e se uno ha fatto sei mesi in studio... io ho visto che dopo un mese, gli studenti che dovevano dare gli ultimi esami, io lasciavo gestire loro i pazienti e poi facevamo un attimo un briefing e vedevamo... bellissimo, sono molto più preparati di quanto eravamo noi. Anche con la comunicazione. Fanno corsi di comunicazione all'università.”

(Intervista C)

“All'inizio quello che mi è mancato è che nella mia formazione tutto quello che è sociale o psico-sociale non veniva affrontato, cioè tu impari a curare le malattie, ecc., ma se devi proporre un'assistenza, ecc. non avevo nessuna idea di cosa puoi chiedere, di cosa puoi offrire al paziente, da che ente lo puoi inviare. Ad esempio, il paziente che fa la

chemioterapia e perde i capelli, non avevo la minima idea di dove lo puoi mandare a fare una parrucca, o dove si può chiedere l'aiuto domestico; ecco, quello mi sarebbe piaciuto impararlo durante la formazione e non quando ero già sul campo. I primi anni devo dire che lì ho fatto un po' fatica: non sapevo a chi mandare i pazienti, e tutto l'aspetto psico-sociale veniva un po' tralasciato nel percorso formativo; l'ho fatto dopo con dei corsi in più, ma ecco, se si potesse introdurre già durante gli anni dello studio, quello penso che sarebbe un'ottima cosa.

Penso che sarei stata recettiva verso la fine della formazione; all'inizio ti interessa solo sapere cosa fai con questa malattia. Però a fine studio io credo che mi è mancato moltissimo, e trovo che gli infermieri lo fanno molto meglio di noi: io ho imparato molto da loro, o semplicemente dal personale dell'ospedale che faceva questi corsi... Anche il contatto con il paziente, come tenergli una mano sulla spalla, come consolarlo, le parole giuste per dare delle cattive notizie... Quello trovo che sia stato carente nel periodo della formazione.

Io mi ricordo quando ero candidato medico, al sesto anno di medicina, e abbiamo fatto il giro con il professore seguito da tutti i medici, come si vede nei film... ed è stato detto ad un paziente che aveva un tumore e poi siamo usciti. Poi è arrivata la capo infermiera e mi ricordo che mi ha detto: 'dopo se hai tempo torna da lui e ascolta'. All'inizio forse non ci pensi neanche, perché tu il tuo dovere l'hai fatto, e infatti poi ho preso l'abitudine – quando facevo il giro in ospedale – di tornare nelle camere ad ascoltare il paziente, a vedere se aveva capito, tornare il giorno dopo quando magari ha elaborato un po' la notizia data, perché all'inizio è un grande shock, per cui non vengono in mente le domande e tornano magari il giorno dopo, e devo dire che dagli infermieri impari moltissimo.”

(Intervista D)

Guardando al futuro della professione

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”. Si evoca pertanto il rischio di vedere scomparire irrimediabilmente, in queste aree geografiche, una competenza fondamentale di approccio olistico alla malattia, quella stessa che è impersonata dal medico di famiglia.

Un ulteriore interrogativo riguardo a questa figura professionale è di tipo qualitativo: nel 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 medi-lunghi per conoscere adeguatamente il territorio ticinese e la sua rete sanitaria.

“Spero che adesso le premesse siano buone politicamente. Se fosse venuta due mesi fa... avrei detto 'punto di domanda'. Adesso stanno prospettando un potenziamento dei medici di famiglia. C'è, però, un grosso problema coi medici che vengono dall'esterno, che non hanno avuto la formazione qui. Se fanno il medico di famiglia ci vorranno cinque o sei anni per conoscere solo la rete, capire come funziona, per farsi conoscere, per conoscere i pazienti, per conoscere l'intera rete sanitaria; quindi le nuove leve venute dall'esterno faranno fatica. I nostri, dall'Università di Ginevra, ne arrivano tutti gli anni, l'allievo di ultimo anno, prima

dell'esame finale, a fare un mese di stage, come medico di famiglia, con una valutazione severissima.”

(Intervista C)

“È la professione più bella del mondo, perché le soddisfazioni che può dare,.. Poi sa, noi ci lamentiamo ma bisogna dire che qui in Svizzera siamo ancora dei signori, se uno ha voglia davvero di lavorare. Questo è il problema, perché se uno ha voglia di lavorare il lavoro c'è, soprattutto adesso, con la carenza di medici, uno può lavorare anche dodici ore al giorno. È chiaro che anche a me piacerebbe lavorare dieci ore e guadagnare quello che guadagno in tredici, che sarebbe anche giusto se comparato con i colleghi specialisti. Il medico generalista è ancora una professione poco remunerata, e ha ancora troppi casi sociali sul groppone. Ha degli impegni che sono particolari e sono gravosi, e ti seguono, ma è così, deve seguirti il lavoro, se non ti segue è come uscire dall'ufficio e poi staccare tutto... non è più fare il medico. Ma per noi non è così, e bisogna entrare in questa professione in quest'ottica. Si sacrifica sicuramente un po' la famiglia e si è sempre lì un po' in bilico, ma è per questo che si parla di vocazione. Quindi ai giovani posso dire non spaventatevi, la medicina si impara con lo studio e con una buona formazione, che c'è già, ma soprattutto si impara lavorando sul territorio con la gente, non bisogna avere paure. Quello che secondo me fanno oggi negli ospedali durante la formazione è terrorizzare gli studenti angosciandoli con mille protocolli, e così quando tornano 'i è strémit'.”

(Intervista A)

Per terminare, riportiamo un proverbio che uno dei nostri interlocutori ci ha consegnato a mo' di conclusione dell'intervista rilasciata.

Le racconto un vecchio proverbio della mia valle che secondo me è fondamentale, e che dice: 'nella coda c'è il veleno', nel senso che in tutto quello che è fatto fuori tempo massimo, la sera, di notte, ecc. quando sei stanco e vuoi andartene a casa c'è il pericolo di sbagliare; dunque, non puoi essere superficiale, anche se sei stanco, è lì che devi tirare fuori la forza, perché come si diceva una volta 'gli errori dei politici sono coperti dal ridicolo ma quelli dei medici sono coperti dalla terra', e la vita è una sola, dunque devi essere rigoroso in tutti i sensi.”

(Intervista A)

CONCLUSIONI

Lo studio del ricorso attuale al medico di famiglia della popolazione ticinese (vedi capitoli “ Ricorso al medico di famiglia, oggi” e “Numero dei medici di famiglia in esercizio in Ticino”) ha permesso di calcolare uno scenario del fabbisogno di medici di famiglia nel 2030, nel caso in cui nulla dovesse cambiare rispetto alla situazione attuale, salvo i numeri dettati dall’evoluzione demografica nelle sue componenti strutturali (sesso e età), con le relative conseguenze sul piano epidemiologico e il tipo di casistica medica associato.

Se nulla dovesse cambiare, il fabbisogno di nuovi medici di famiglia dovrebbe essere di almeno 330 unità entro il 2030...

Secondo questo scenario, il fabbisogno nell’ambito della medicina di famiglia rispetto alla situazione nel 2010 dovrebbe essere di almeno 90 medici in più. Per colmare questo fabbisogno, tenendo conto dell’età dei medici attualmente in esercizio e che progressivamente giungeranno all’età del pensionamento, come pure della progressiva femminilizzazione della professione con la conseguente riduzione tendenziale del tasso di occupazione medio della categoria, entro il 2030 dovrebbero entrare in esercizio all’incirca 330 nuove leve, come minimo.

... di cui al massimo la metà sarà soddisfatto da ticinesi neodiplomati

L’entrata futura nella professione dei neodiplomati in medicina umana cresciuti nel cantone, se nulla cambierà nel panorama della formazione, permetterà di colmare la metà del fabbisogno stimato, nella migliore delle ipotesi. Si stima infatti che il numero di nuovi medici di famiglia sfornati dalle facoltà svizzere e straniere dovrebbe situarsi attorno alle 6-8 unità all’anno, al massimo la metà rispetto alla stima della soglia media annuale necessaria calcolata a circa 16 nuovi medici all’anno.

Viste le riserve di natura etica ed economica nei confronti del ricorso all’immigrazione espresse da più parti, sia dal mondo politico che dagli amministratori stessi della politica sanitaria svizzera, e vista la presa di coscienza che anche i paesi vicini sono confrontati allo stesso fenomeno di una penuria crescente di personale medico e sanitario, urge chinarsi sulla questione e ragionare sulle diverse opzioni immaginabili per non trovarsi con dei bisogni di cura scoperti o di fronte a un peggioramento della qualità del sistema sanitario che non sia stato deciso con cognizione di causa. Probabilmente, la via da seguire sarà l’integrazione di più soluzioni, di più misure di diverso genere. Riuscire ad ottenere un risultato in questo senso appare pertanto sin dall’inizio come un’operazione difficile e complessa da realizzare, dal momento che si tratta di disegnare una mappa strategica che deve integrare in modo organico e coerente obiettivi politici e strategici situati a diversi livelli amministrativi dello Stato (Confederazione, Cantoni, gruppi di

cantoni...), rappresentati da diverse categorie professionali (medici specialisti, medici generalisti, farmacisti, infermieri, ...) e da altre associazioni di categoria (assicuratori, assicurati, pazienti, ...), senza dimenticare il mondo della formazione (Università, facoltà di medicina, ...)

Assi di lavoro per ovviare alla penuria di medici di famiglia e dare una risposta adeguata e di qualità alla domanda di prestazioni medico-sanitarie

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. Nel mese di giugno 2012, a due giorni dal rifiuto popolare del progetto di *Managed Care* messo in votazione, il consigliere federale Alain Berset ha presentato un *Master plan*, un piano direttivo, discusso con i medici e i Cantoni, 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. Il problema è acuto: si tratta di risolvere rapidamente i problemi concreti che riguardano la medicina di primo intervento. Uno su tutti: la cessazione prossima dell'esercizio da parte della stragrande maggioranza dei medici in attività che andranno in pensione. A tale scopo è stata istituita una *task force* che dovrà rendere conto del suo operato entro la primavera 2013.

Per il Ticino, dai risultati del presente studio, risulta necessario un investimento importante nella formazione per aumentare il numero dei medici di famiglia di provenienza cantonale. I possibili obiettivi da contemplare in questa prospettiva potrebbero essere l'aumento sia del numero di matricole laddove c'è il *numerus clausus* sia del numero di studenti che superano la selezione intra-universitaria nelle altre facoltà, 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, l'istituzione del Master in medicina ticinese che consideri la medicina di famiglia tra i suoi sbocchi.

Oltre a un impegno politico e finanziario volto a incrementare il numero dei futuri medici che escono dalla facoltà svizzere, sarà di primaria importanza la promozione dell'immagine e della professione stessa di medico di famiglia in modo tale da influire (in)direttamente sulle scelte degli studenti. In futuro potrebbero entrare in attività più medici di famiglia qualora si aumentasse il numero totale degli studenti in medicina e/o l'orientamento verso questa branca della disciplina trovasse proporzionalmente più paladini.

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

Tra le reticenze all'istallazione 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 della sistema socio-sanitario cantonale. A questo proposito viene anche ricordata l'importanza delle relazioni e delle conoscenze personali nel facilitare e velocizzare le pratiche amministrative e ottenere analisi e responsi da laboratori e specialisti. In questo senso, pensando all'evoluzione della popolazione e della società, sempre meno comunità, e visto che comunque vi saranno dei medici, anche di famiglia, che verranno a installarsi nel cantone, bisognerebbe pensare di sviluppare delle piattaforme di informazione e di comunicazione volte alla condivisione di informazioni e di contatti (di tipo legale, amministrativo e medico-sanitario) nell'ottica di facilitare il lavoro ai medici (di famiglia). Piattaforme che potranno essere di grande aiuto per i medici che si installano nel cantone, che siano stranieri o giovani leve indigene, ma non solo. Strumenti che di sicuro serviranno a evitare, o per lo meno a ridurre, delle perdite di tempo, degli errori o delle disfunzioni nell'impostazione delle cure e nel disbrigo delle pratiche amministrative.

Sviluppare delle reti di cure integrate

Un altro fronte sul quale lavorare per garantire il livello delle prestazioni medico-sanitarie, malgrado la penuria di medici di famiglia che si staglia all'orizzonte in relazione con l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di pazienti da visitare a domicilio, è quello dell'integrazione delle cure in un sistema in cui da una parte vengano rinforzate/riconosciute le competenze di altre figure professionali quali i farmacisti e le infermiere qualificate, i fisioterapisti, ecc. e dall'altra si sfruttino al massimo le potenzialità delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione per accedere in tempo reale (per esempio in videoconferenza) alle risorse di cui si ha bisogno (al medico di famiglia, al medico curante, al parere di uno specialista, del farmacista o dell'infermiera) dal posto in cui ci si trova (dal proprio domicilio, dalla farmacia, dallo studio del medico generalista o da quello dello specialista).

A titolo illustrativo pensiamo ad esempio alla possibilità di essere consultati dal farmacista, in un luogo appartato della farmacia, per una serie di patologie frequenti per le quali si sia stabilito il rispetto di un protocollo ben definito, con la possibilità di attivare una videoconferenza (di qualità) con un medico di famiglia qualora ci fosse bisogno del suo parere e/o della ricetta per la vendita di medicinali che lo richiedessero. In 200 farmacie della Svizzera interna è attualmente in corso un progetto (NetCare di Pharmasuisse) che esplora e valuta proprio questo tipo di scenario di collaborazione tra medico e farmacista⁸.

⁸ Una simulazione di una consultazione dal farmacista che integra la consulenza del medico in videoconferenza, può essere scaricata dal sito di pharmaSuisse (Film netCare à télécharger) cliccando sul link seguente:

<http://www.pharmasuisse.org/fr/Dienstleistungen/Themen/Pages/netCare.aspx>

Per analogia, sfruttando lo stesso paradigma e delle soluzioni tecnologiche simili, si potrebbe rivalutare il ruolo dell'infermiere qualificato che si prende cura dei pazienti nell'ambito dei servizi di assistenza e di cura a domicilio (SACD), pensando in particolare alla presa in carico di persone anziane o invalide al loro domicilio. 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 cure a domicilio, il farmacista e il medico di famiglia, con la possibilità di comunicare anche in videoconferenza.

Dai paesi anglofoni giungono invece risultati incoraggianti sui benefici, anche economici, della possibilità di accedere tempestivamente al fisioterapista per disturbi muscoloscheletrici, quali la lombalgia e la cervicalgia, senza prescrizione medica. In un recente studio condotto in Olanda si è potuto osservare che l'accesso diretto al fisioterapista introdotto nel 2006 non ha portato a un aumento del numero totale dei pazienti, e che di regola il trattamento riservato ai pazienti che si sono rivolti direttamente al fisioterapista contava meno sessioni (Leemrijse & al., 2008). Questi risultati non fanno che confermare quelli di uno studio condotto negli Stati Uniti su dati concernenti il periodo 1989-1993, i quali, oltre a documentare la durata più corta dei trattamenti somministrati, permettevano di concludere che il paventato aumento dei costi relativo all'accesso diretto al fisioterapista risultava, nei fatti, del tutto irrilevante (Mitchell & Lissovoy, 1997). Anche sul fronte dell'accuratezza nel formulare le diagnosi nel caso di pazienti con problemi o lesioni dell'apparato muscoloscheletrico la letteratura scientifica parla a favore dell'accesso diretto: la performance dei fisioterapisti non si differenzerebbe in modo significativo da quella dei medici specialisti dell'ambito (Moore & al., 2005).

Promuovere la prevenzione e l'educazione del paziente

Nel merito di questa discussione non si può poi 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, così che il paziente sia, in misura crescente, in grado di prendersi carico del suo essere, della sua situazione, nella maniera più autonoma e indipendente possibile. In pratica, agendo sul suo livello di competenza sanitaria (Health Literacy) si può sperare di diminuire un poco anche l'utilizzo improprio del medico di famiglia e del 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. Sarebbe utile considerare tale opzione sia nell’ottica di rendere più attraente e sostenibile l’esercizio della professione anche da un punto di vista finanziario, sia nella prospettiva di affermare un altro tipo di presa in carico della popolazione da parte della medicina di famiglia, e della medicina di famiglia da parte dell’ordinamento sociale.

Referenze bibliografiche

- Atkinson, R. (2002 (1998)). *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino.
- Carrubba, L. (1999). Pensiero logico-scientifico e pensiero narrativo, in *La psicologia culturale di Bruner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corbetta, P. (2003). Le tecniche qualitative, in *La ricerca sociale: metodologia e tecnica (Vol. III)*. Bologna: Il Mulino.
- Glaser, B.; Strauss, A. (1967). *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Roma: Armando.
- Hänsgen, K.-D. & B. Spicher (2011). *EMS – Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz – bericht über Durchführung und Ergebnisse*. Fribourg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik, Bericht 18.
- 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.
- Masini, V. (2005). *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Milano: Franco Angeli.
- 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.
- Montesperelli, P. (1998). *L'intervista ermeneutica*. Milano: Franco Angeli.
- 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.
- Osservatorio svizzero della salute (2010). *Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007*. Neuchâtel : Obsan, Dossier 14.
- Quadrino, G. S. (2002). *Parole di medici, parole di pazienti: Counseling e narrativa in medicina*. Il Pensiero Scientifico.
- Ufficio federale di statistica (2007). *Scénario de l'évolution de la population des cantons 2005-2050 – Canton du Tessin*. Neuchâtel: UST.
- Ufficio federale di statistica (2009). *Statistiche degli stabilimenti sanitari – Trascorrere gli ultimi anni di vita negli istituti sanitari: 80 giorni in ospedale prima di entrare in una casa di cura*. Neuchâtel: UST, comunicato stampa del 17.09.2009.
- Ufficio federale di statistica (2011). *Crescita demografica in tutti i Cantoni nei prossimi 25 anni*. Neuchâtel: UST, comunicato stampa del 29.03.2011.
- Weber, M. (1974). *Il metodo delle scienze storico-sociali*. Milano: Mondadori

Sitografia

Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT) www.omct.ch

Federazione svizzera dei medici (FMH) www.fmh.ch

Conferenza dei Rettori delle Università Svizzere (CRUS) www.crus.ch

Siti ufficiali del Cantone Ticino

Repubblica e Cantone Ticino

www.ti.ch

Istituto delle assicurazioni sociali IAS

www.iasticino.ch

Dipartimento della sanità e della socialità DSS

www.ti.ch/dss

Ufficio cantonale di statistica USTAT

www.ti.ch/ustat

Siti ufficiali della Confederazione

Le autorità federali della Confederazione Svizzera

www.admin.ch

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

www.bsv.admin.ch

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

www.bag.admin.ch

Ufficio federale di statistica UST

www.bfs.admin.ch

