

Un super-burocrate con poca attività clinica è dietro l'angolo

“Attore centrale della gestione delle cronicità è il medico di medicina generale”. Un concetto che sentiamo ribadire di continuo sia dalla professione sia dalle istituzioni sanitarie, ma tra il dire e il fare, ci sono le Regioni, la loro autonomia di scelta e di strutturazione dei servizi sanitari regionali che sembrano aver imboccata tutt'altra strada

Il Consiglio Nazionale Fimmg l'ha ribadito chiaramente: “la gestione della cronicità vede come attore centrale il Mmg, portatore del rapporto fiduciario e della conoscenza profonda delle necessità del cittadino, estensore del progetto assistenziale e coordinatore delle figure sanitarie e non che partecipano alla sua attuazione in coerenza con quanto declinato dal piano nazionale cronicità”. Pare tuttavia che l'operato delle istituzioni (in particolare quelle regionali) non tenga in considerazione questo assunto che, per la MG, è fondativo dell'assistenza territoriale. Così accade che la teoria si discosti spesso dalla prassi e che i Mmg si ritrovino a dover cercare soluzioni adattive, rincorrendo decisioni che il più delle volte mettono in discussione, nell'assistenza ai pazienti cronici, il loro ruolo centrale a favore di una “gestione delle cronicità” in cui le incombenze burocratiche prevalgono nettamente sulle competenze cliniche.

► Lombardia docet

Prendiamo il caso della Lombardia e la delibera regionale n. 6164, in particolare sulla riforma della

gestione delle cure primarie. Nella delibera i pazienti tutti vengono classificati secondo 5 livelli. I pazienti cronici li troviamo catalogati nei livelli 1, 2 e 3. Il punto è questo: il modello di gestione della cronicità proposto offrirà al paziente la possibilità di scegliere, attraverso la “lista di Gestori” redatta *ad hoc*, per una presa in carico diversa rispetto a quella tradizionale. In sintesi il medico di medicina generale mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale; può essere il gestore diretto della presa in carico; ai medici di famiglia in associazione è riservata la corsia preferenziale per i pazienti del terzo livello, ma possono candidarsi anche per gli altri livelli, ferma restando la libertà di scelta del cittadino che può optare per un altro gestore.

Su questa nuova figura del “Gestore” gravano responsabilità come:

- la sottoscrizione del patto di cura con il paziente;
- la definizione del piano di assistenza individuale comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;
- il coordinamento e l'attivazione

integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, socio-sanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati, prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali;

- il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- la garanzia della relazione proattiva con il paziente (anche attraverso la prenotazione delle prestazioni che tanto sta facendo discutere i medici lungo tutta la penisola);
- il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni previste nel Piano di Assistenza. Insomma, un super-burocrate col camice bianco.

Da tutto ciò emergono alcune domande: se il paziente, nella sua libera facoltà di scegliere, dovesse optare per un Gestore, quale sarebbe il ruolo del suo medico di famiglia? E come verrebbe retribuito questo medico di medicina generale, ancora a quota capitaria? nel caso di risposta positiva, questa quota verrebbe abbassata per il fatto che la gestione del paziente spetterà ad un altro professionista?