Unità Complesse di Cure Primarie: disegno di un modello compatibile

Per venire incontro ai bisogni della sanità pubblica e a quelli dei medici forse sarebbe più appropriato realizzare una struttura mista Uccp /Aft

Carlo Iannotti - *Medicina generale, Benevento*

Tra incontri avvenuti e reiterati, presso la Sisac si allungano i tempi per il rinnovo delle convenzioni dei medici di medicina generale. Dalle Regioni si evince un atteggiamento di attesa, nel frattempo all'interno dei sindacati il dibattito continua e la confusione, le incertezze sul da farsi aumentano.
Il merito della discussione - già avviata da Balduzzi in modo surrettizio - è diventato ormai del tutto surreale e privo di ogni effettiva connessione con problemi che pur sono sotto gli occhi di tutti. Si rischia che la febbre dell'ammodernamento della medicina generale, da portare avanti tutti i costi, finisca col farci partorire il mostro che distruggerà anche il buono che c'è nel sistema attuale. I sindacati, dal canto loro, hanno il demerito di non riuscire a proporre un modello organizzativo concreto e funzionale nell'ambito di una trattativa la cui agenda, è già fissata a priori da una legge dello Stato (il decreto Balduzzi) e dall'Atto di indirizzo. Start up, équipe o team territoriali e quant'altro non sono certamente un modello organizzativo funzionale. Anzi, finirebbero per creare confusione di ruoli, di competenze, di gerarchie, di integrazione, di coordinazione e metterebbero in forse anche la remunerazione.
Come afferma qualcuno "dobbiamo dunque adeguare la nostra proposta sindacale ai temi in discussione. Esempio: Aft e Uccp sono sancite per legge. Non si tratta di decidere se devono o non devono esserci, ma dobbiamo essere capaci di darne una visione organizzativa e funzionale che non contrasti con le caratteristiche che noi riteniamo fondamentali per la medicina generale".
La parte pubblica ha esigenza di svuotare i Pronto soccorso da richieste innappropriate e dare risposta alle cronicità. Si tratta di problemi per cui, spesso, si propongono soluzione inadeguate e distorte. Dobbiamo essere capaci di fare proposte che rendano Aft e Uccp funzionali agli obiettivi per cui sono nate. Proprio per questo motivo, come è stato già sottolineato nel dibattito inerente a tale problematica, dobbiamo evitare di implementare discussioni che "rimangono a mezz'aria" e dotarci di un "disegno ingegneristico" di base.

Le motivazione che accompagnano la richiesta di cambiamento

Le motivazioni addotte dalla parte pubblica per giustificare la necessità di un cambiamento dell'attuale organizzazione della medicina generale sono principalmente:
1) Affollamento dei Pronto soccorso e necessità che il "territorio" ne sgravi il carico
2) Aumento delle fragilità/cronicità causato dall'allungamento della vita media che avrebbero modificato strutturalmente la domanda di salute rivolta alla medicina generale:
- i problemi reali dei Mmg sono discendenti dall'imbattersi sempre più frequentemente in anziani soli non autosufficienti con polipatologie, respinti dagli ospedali per assenza di acuzie, privi di ogni supporto sociale da parte di un qualche familiare efficiente (e non altrettanto anziano non autosufficiente) con cui il medico possa interloquire;
- impossibilità attuale per i Mmg di poter rispondere al crescente bisogno socio-sanitario legato alle cronicità/ fragilità. Per esempio, individuare chi trasporta l'anziano al piano terra in carenza di un ascensore, chi mette a disposizione un'automobile per trasportarlo presso un centro radiologico, chi si occupa della prenotazione dell'esame o - addirittura - chi si occupa di spedire una ricetta in farmacia, ecc. A tale proposito, cominciamo con lo stigmatizzare che: i cosiddetti problemi emergenziali attinenti le fragilità/ cronicità appartengono alla sfera di

competenza del Welfare e non della Sanità in senso stretto, formuliamo poi la nostra proposta.

La struttura "mista"

Quello che propongo è di capovolgere l'approccio al problema. Invece di cercare una sede per chi ce l'ha già (Mmg), cerchiamo una sede per chi ne è privo (i pazienti cronici e non autosufficienti) e confezioniamo una struttura mista Uccp /Aft che possa soddisfare la parte pubblica ed i medici allo stesso tempo. La mia idea è quella di integrare concretamente, semplicemente e - ad iso-risorse se non addirittura risparmiando - i presidi sanitari già esistenti sul territorio, accorpandoli fisicamente in un unica sede da individuare in una delle tante strutture demaniali dismesse o un ex caserma. Si potrebbero così attrezzare a costo irrisorio snelle ed essenziali "residenze protette" dotate di un adeguato numero di posti letto e gestiti in modo snello da pochi infermieri in turnazione h24, mobilitati dalle tante allocazioni improduttive. In questa sede ciascun Mmg potrebbe "ricoverare" ed assistere sotto suo diretto controllo/responsabilità i propri assistiti bisognosi di esami e cure non eseguibili a domicilio (fragilità sociale) e che non necessitino di ospedalizzazione.
In ciascuna residenza protetta dovrebbero trovare sede:

- l'ufficio ADI (con funzioni di controllo e coordinamento);
- la specialistica ambulatoriale (per le consulenze specialiste ai ricoverati);
- la Continuità Assistenziale (per l'opportuno passaggio di consegne con i Mmg ad di fuori del loro orario di lavoro)
- la Farmacia Asl (per la fornitura dei farmaci necessari durante il "ricovero");
- il 118 e tutte le croci e le ambulanze del territorio (in funzione di taxi-sanitari nelle pause tra le urgenze ed emergenze);
- supporto del volontariato e delle cooperative (per la assistenza sociale di supporto);

La novità consisterebbe nel fatto che questi presidi sanitari, una volta allocati in una sede unica - e fermo restando le funzioni attualmente svolte - potrebbero integrarsi perfettamente tra loro e con i Mmg nell'assistenza ai ricoverati. In pratica, il medico di famiglia di fronte a un caso di fragilità/cronicità non ospedalizzabile e non gestibile a domicilio, ma temporaneamente meritevole di approfondimento diagnostico o particolare cure assistenziali, potrebbe avvalersi di tale presidio e "ricoverare" il suo paziente, disponendo accertamenti, consulenze, esami strumentali o terapie mediche e/o fisiche da farsi.
Per gli accertamenti disposti da ciascun Mmg su uno snello diario clinico potrebbero essere utilizzati i convenzionati del territorio ad iso-risorse. Per accertamenti strumentali "pesanti" (Rx, ETG, TC, RM) ci si potrebbe avvalere ancora delle ambulanze già presenti sul territorio in funzione di taxi sanitari per l'accompagnamento dei "ricoverati" ai centri radiologici nei momenti in cui esse sono libere dalle urgenze/emergenze (si opererebbe in regime di elezione e non di urgenza). Per le eventuali consulenze specialistiche ci si potrebbe avvalere degli specialisti ambulatoriali già utilizzati dalle Asl per le visite domiciliari con il vantaggio che anche i loro ambulatori sarebbe ubicati nella stessa sede del paziente da visitare. Per la opportuna continuità assistenziale sarebbe opportuno prevedere un filo diretto tra il dirigente medico ADI o infermieri ADI con il medico il Mmg che potrebbe accedere alla struttura ogni qualvolta lo ritenga opportuno (o quando allertato) con remunerazione pari a quella già prevista per l'ADI. La responsabilità di ciascun paziente ricoverato sarebbe in capo al mmg cui il paziente è in carico con salvaguardia del rapporto fiduciario. Nei prefestivi/festivi/notturni, in assenza del mmg le consegne passerebbero virtualmente alla Continuità assistenziale i cui medici, in caso di chiamata, non avrebbero necessità di spostarsi dalla propria sede e beneficerebbero del supporto del diario clinico e dalla disponibilità degli infermieri.
I vantaggi di una simile strutturazione opertiva e organizzativa stanno nel fatto che:

- la struttura realizzerebbe le Uccp che l'atto di indirizzo pretende;
- il medico di famiglia sarebbe funzionalmente integrato (anzi primario dei propri pazienti) con una integrazione del tipo Aft conservando la propria autonomia e lo studio professionale individuale;
- l'integrazione tra le varie figure professionali sarebbe naturalmente favorita dal passaggio di "consegne", dalla necessità di compilare il diario clinico, dal vedersi e parlarsi obbligatoriamente frequentando la stessa sede;
- le aggregazioni tra medici non avrebbero alcuna ragion d'essere;
- i costi di gestione potrebbero essere anche più bassi di quelli complessivi attuali se si considera che l'aggravio del costo rappresentato dai pasti sarebbe controbilanciato dal risparmio dei costi di gestione/utenze delle singole strutture territoriali accorpate.Anche da un punto di vista dei costi farmaceutici la spesa sarebbe abbattuta dalla eliminazione del ricarico delle farmacie.