

# Più forza al territorio, un piano di riorganizzazione delle cure primarie

A presentarlo di recente è stato il presidente del Consorzio Sanità (Co.S.) Antonio Di Malta. Il progetto è incardinato sulle Cooperative di medici di medicina generale e si articola in quattro nodi strategici che hanno l'obiettivo di potenziare la rete territoriale, esigenza che si è resa ancora di più necessaria a seguito della pandemia

I Consorzio Sanità (Co.S.) annovera 38 Cooperative e 4.000 medici di medicina generale, da 25 anni si occupa di promuovere la cooperazione nell'ambito della Medicina Generale, affiancando le Cooperative socie nella realizzazione di progetti e iniziative volte al potenziamento delle cure sul territorio. Purtroppo si tratta di una realtà semiconosciuta che, alla luce dei limiti messi in risalto dalla pandemia, di una risposta inadeguata e frammentata della Medicina Generale, ha deciso di 'prendere parola' e far portare alla ribalta dei media il mondo della cooperazione medica.

"Questa realtà - tiene a precisare **Antonio Di Malta**, Presidente del Consorzio Co.S durante i due appuntamenti webinar '#IOMICUROACASA', organizzati da Motore Sanità - se adeguatamente e correttamente supportata avrebbe potuto creare nel nostro Paese una rete nazionale di presidi della Medicina Generale in grado di affiancare gli ospedali nell'intercettazione, visita e trattamento di centinaia di migliaia di pazienti Covid positivi non gravissimi, perché è possibile curare a domicilio tramite tele-monitoraggio con un centro servizi, alleggerendo così la

pressione sugli ospedali e impedendo loro di andare incontro a una sicura saturazione". Proprio per questi motivi, Co.S ha deciso di presentare un progetto articolato sulla riorganizzazione delle cure primarie alla luce dei futuri cambiamenti previsti per la medicina territoriale, declinati dal *Recovery Plan* e dal Pnrr.

## ► Il progetto

Si tratta di progetto incardinato sulle Cooperative di medici di medicina generale che si articola in quattro nodi strategici e che hanno l'obiettivo di potenziare la rete territoriale, esigenza che si è resa ancora di più necessaria a seguito della pandemia Covid:

- la promozione e nascita di una Rete di cooperative di Medici di Medicina Generale;
- la promozione della nascita di Aggregazioni funzionali territoriali (Aft);
- l'adozione in misura innovativa, forte e capillare di strumenti tecnologici;
- la promozione della presa in carico da parte di una Cooperativa di gestione di 5-10 Aggregazioni funzionali territoriali.

Secondo i dati di Co.S, la maggior parte dei medici di medicina generale non ha strutture logistiche

adeguate per il distanziamento o personale amministrativo e infermieristico che consenta di fare di più di quello che ha potuto fare finora. Manca un piano organico che parta dai bisogni del committente (parte pubblica) per definire e quindi concordare compiti, attività dei medici di medicina generale e di conseguenza la logistica, i fattori di produzione, la tecnologia e infrastruttura informatica. Co.S. insiste sulla necessità di portare in essere le Aggregazioni funzionali territoriali strutturate con una logistica *hub/spoke* nella quale l'*hub* deve essere la Casa di Comunità (l'Uccp dei dispositivi legislativi) che accolga da 6 a 10 medici di medicina generale, e intorno ci devono essere gli *spoke*, vale a dire le piccole medicine di gruppo o studi singoli. Il tutto dovrà essere gestito da Cooperative di Mmg. Il Piano di riorganizzazione delle cure primarie e della Medicina generale di Co.S. vuole essere la risposta a tali esigenze attraverso quattro aspetti:

- 1 La Rete di Cooperative di medici di medicina generale dovrebbe constare di 107 cooperative, una per Provincia (sono già esistenti 150 Cooperative in Italia, le altre rilevabili da ASL, Ordini dei

medici e/o facilmente costituibili con il supporto del Co.S.), che contano 5-10 Aft (20 medici per Aft) per un totale di 100-200 medici di Medicina generale per Cooperativa.

**2** Le nuove Aft dovranno mettere insieme 20 medici di medicina di assistenza primaria (MAP) di cui 16 medici di medicina generale e 4 medici di continuità assistenziale (MCA).

**3** Il Piano prevede anche l'adozione innovativa, forte e capillare di strumenti tecnologici quali la Cartella clinica in *cloud* per struttura *hub/spoke* e condivisione orizzontale fra medici di Medicina generale e verticale fra medici di Medicina generale e specialisti per Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) o per pronto soccorso; la telemedicina e il telemonitoraggio per la condivisione in remoto di tanti accertamenti specialistici, la televisita e la telesorveglianza per la presa in carico di malati cronici, fragili e Covid positivi al domicilio, l'Agenda condivisa (app) e infine gli strumenti per la raccolta dati, elaborazione, monitoraggio e verifica degli indicatori di struttura, processo ed esito, utili per l'assegnazione degli incentivi di risultato al medico di medicina generale.

**4** Ultimo nodo strategico del Piano riguarda la promozione della presa in carico del paziente da parte di una Cooperativa di gestione di 5-10 Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), in cui sono coinvolti tra 100 e 200 medici di medicina generale soci, per un totale di 150.000-300.000 cittadini.

### ► Il prezzo pagato dalla MG

Secondo il presidente Co.S, la Medicina Generale durante la pandemia ha pagato un prezzo alto per la mancanza di una efficace organizzazione della medicina territoriale. Una mancanza che non è da attribuire solo alla resistenza al cambiamento dei Mmg, ma da imputare a scelte politiche e di allocazione di risorse sul comparto. Basti pensare che la Medicina Generale incide sul Fondo Sanitario Nazionale per il 6% e che la realizzazione a isorisorsa delle Aft e delle Uccp, contemplate dalla Legge Balduzzi, in molte realtà sono restate lettera morta.

Si tratta di problematiche che il Co.S aveva già ampiamente evidenziato nel Congresso del 2019. A ricordarlo una dichiarazione di Di Malta durante quei lavori Congressuali pre-pandemia.

"Alcune grandi Regioni - aveva dichiarato il presidente del Co.S - stanno procedendo con propri piani operativi che non solo sono significativamente disallineati rispetto alla legge Balduzzi, ma sono privi di una logica di sistema. Nascono così esperienze sporadiche e territorialmente limitate che spesso non sono altro che una riconversione di piccole e costose Case della Salute e di Utap se non addirittura di medicine di gruppo inserite in un contesto di struttura pubblica senza affrontare i temi dell'integrazione funzionale.

Proseguendo in questa logica di frammentazione minimalista che disconosce ogni banale principio di rete integrata e soprattutto di economia di scala, le poche risorse disponibili recuperate dall'assistenza di secondo livello

e dai tagli all'inefficienza basteranno sì e no a coprire il 10% del territorio regionale ed in concreto a mettere in regola con i dettami della legge Balduzzi solo 1 Mmg su 10.

Ora a parte ogni più banale considerazione sul valore gerarchico e cogente delle leggi in Italia, quello che non si capisce è come non sia chiaro a tutti che non esiste altra alternativa alla salvezza del Ssn senza una reale riorganizzazione dei servizi sul territorio, un vero coinvolgimento degli operatori unici possibili protagonisti di questo processo, e questo si può realizzare solo con il coinvolgimento delle Cooperative di servizio dei Mmg".

"La drammatica esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in evidenza limiti ed errori del servizio sanitario italiano - sottolinea oggi Di Malta - ma ha anche evidenziato quanto sia essenziale e centrale il ruolo del medico di medicina generale. Il Covid ci ha spiegato con feroce determinazione e chiarezza che è il territorio e non l'ospedale che deve prima tracciare, arginare e poi arrestare il contagio, i ricoveri e poi le morti, e quindi l'unico soggetto che lo può fare si chiama Medicina Generale, ma lo può fare solo con una organizzazione che si articola attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali, gestite da cooperative di medici di medicina generale, di cui i Modelli assistenziali professionalizzanti siano soci, e le Unità complesse di cure primarie, che sono come le Case di Comunità, ma gestite dalle cooperative di medici di medicina generale, a differenza delle Case della Salute".

(A.S.)