

Progetto SIATA: un modello organizzativo della medicina di famiglia

Nato nella Asl di Brindisi per migliorare la qualità assistenziale, prevede la costituzione di una decina di forme associative complesse di medicina generale dalla fusione di quelle già operanti nel territorio con l'obiettivo di ridurre il carico di lavoro nei Pronto soccorso e promuovere l'appropriatezza degli interventi terapeutici e sanitari.

La delibera n. 729 della Azienda sanitaria locale BR di Brindisi, con la quale il direttore generale ha approvato, in data 27/03/2007, l'attuazione sul territorio aziendale del progetto SIATA (Sistema Integrato Assistenza Territoriale e Ambulatoriale) esordisce così: "Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse, garantire l'equilibrio di gestione e promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici (...)". Il progetto quindi nasce dalla esigenza di migliorare la qualità assistenziale sul territorio, prevede in fase iniziale la costituzione di una decina di forme associative complesse denominate appunto moduli SIATA, ottenute ciascuna dalla fusione di due o più forme associative di rete o di gruppo già operanti nel territorio della Asl, con il coinvolgimento quindi, su base volontaria, di un centinaio circa di medici dell'assistenza primaria. I gruppi o moduli così formati, ciascuno con una propria sede logistica e composto da una decina di medici che svolgono l'attività professionale nella stessa area geografica, costituiscono le unità operative per il perseguimento dei due principali obiettivi che il progetto si propone.

Il primo obiettivo è quello di ridurre il carico di lavoro dei locali presidi di Pronto soccorso ospedaliero, provocato dal ricorso inappropriato a tali strutture per condizioni cliniche classificabili in base al criterio dell'urgenza come "codici bianchi" o "verdi".

Strumento per il raggiungimento di un tale risultato è la gestione dei ca-

si a modesta rilevanza clinica da parte del medico di famiglia, più facilmente reperibile presso la sede del SIATA, dove i pazienti arrivano spontaneamente o dirottati dagli addetti al *triage* dei vari servizi di Pronto soccorso.

Ciascun modulo SIATA, infatti, si impegna a garantire, alla propria popolazione assistita e presso la propria sede, la disponibilità ambulatoriale di un medico del gruppo per dodici ore al giorno, dalle ore 8 alle 20, dal lunedì al venerdì, a fronte delle sette ore previste, per le forme associative di gruppo e di rete, dal vigente accordo collettivo nazionale integrato dall'accordo regionale.

Il secondo obiettivo è rappresentato dalla promozione dell'appropriatezza degli interventi sanitari, espressione usata o piuttosto abusata per indicare quella caratteristica sintetica degli interventi stessi che integra efficacia, efficienza e pertinenza.

Tale obiettivo è perseguito attraverso l'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici presso i medici partecipanti alla sperimentazione. Il progetto prevede, infatti, per ciascun modulo SIATA, l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici relativi a due di quattro patologie croniche, individuate in fase di progettazione, ad elevato impatto socio-economico quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva, il diabete mellito tipo 2, la sindrome metabolica, l'ipertensione arteriosa e lo scompenso cardiaco.

Ciascun modulo SIATA pertanto,

una volta costituito, comunica all'Azienda le due patologie scelte e, contestualmente, ciascun medico del modulo si impegna ad arruolare tra i propri pazienti, entro i primi sei mesi di operatività del progetto, i soggetti affetti dalle condizioni selezionate sino ad un numero massimo pari al 20% della popolazione assistita.

■ L'aspetto innovativo

I pazienti così arruolati sono gestiti secondo modalità e tempi previsti dai relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici che - è forse questo l'aspetto innovativo e originale - non sono imposti dalla direzione aziendale, ma sono invece il frutto del lavoro di gruppi di studio appositamente costituiti da medici di famiglia aderenti al progetto - specialisti o "cultori della materia" - e da specialisti ambulatoriali aziendali, individuati dalla direzione su segnalazione dei moduli.

Tali specialisti, oltre a collaborare alla elaborazione delle linee guida, partecipano alla fase operativa dei PDT come consulenti di riferimento "dedicati", alla cui osservazione i pazienti arruolati arrivano attraverso corsie preferenziali e secondo accessi facilitati.

■ Gli incentivi

A fronte di una tale serie di impegni professionali sono previsti per i medici che aderiscono alla sperimentazione una serie di incentivi economici. L'accordo riconosce al modulo un compenso lordo di trentacinque euro per ciascuna delle cinque ore al giorno di disponibilità ambulatoriale oltre le sette già garantite per contratto regionale dalle forme associative. Per ogni medico che opera nella sede unica del modulo è inoltre corrisposto ogni mese un

rimborso forfetario per le spese di gestione, pari a cento euro.

Tali compensi sono liquidati direttamente ai medici aderenti, secondo quote percentuali stabilite di volta in volta all'interno del modulo.

Per quanto riguarda poi la gestione dei casi clinici da codice bianco o verde provenienti dal Ps è, previsto un compenso lordo pari a dieci euro per caso trattato, purché adeguatamente documentato con l'apertura di una apposita scheda-cartella. Infine un riconoscimento economico, pari a dieci euro l'anno, è previsto anche per ogni paziente gestito secondo i percorsi diagnostico-terapeutici. Una metà della cifra viene erogata per l'arruolamento del paziente entro il primo semestre mentre la seconda soltanto al termine dell'anno, previo raggiungimento degli obiettivi individuati dal progetto stesso.

■ Tra interesse e dubbi

Il grande interesse dei medici di medicina generale per l'iniziativa aziendale, testimoniato dal numero di adesioni raccolte - una novantina di medici organizzati in dieci SIATA

- appare giustificato forse anche dagli incentivi economici previsti, ma certamente e soprattutto dall'opportunità offerta al medico di famiglia di tornare a svolgere un ruolo centrale e decisivo nella gestione sul territorio sia delle patologie acute (trattamento dei codici bianchi e verdi), che delle cronicità (percorsi diagnostico-terapeutici).

Non mancano certo timori e dubbi, relativi per esempio alle possibili conseguenze della notevole dilatazione del tempo di apertura degli studi: il fenomeno della induzione della domanda da parte dell'offerta è tanto noto agli economisti sanitari quanto ai medici di famiglia, i quali hanno sperimentato personalmente, con le prime esperienze associative, quanto di vero ci sia nella regola secondo la quale "*... a built bed is a filled bed...*" (ogni posto letto realizzato è un posto occupato). L'augurio è che l'attuale orientamento politico, finalizzato a garantire una sempre maggiore presenza e disponibilità sul territorio della medicina di famiglia - vedi l'ultimo accordo integrativo regionale pugliese - sia derivato e sostenuto da una accurata e attenta valutazione del rapporto costi-benefici di una

tale strategia e non sia piuttosto il risultato di scelte di altro tipo.

Dubbi e perplessità tra i medici coinvolti in questa come in altre sperimentazioni analoghe, sono infine legati alle difficoltà oggettive nell'organizzazione e soprattutto nella gestione di tali forme associative di medicina generale, la cui crescente complessità non è stata accompagnata nel tempo da adeguati interventi legislativi.

■ Un vuoto giuridico

Tali difficoltà, legate tra l'altro alla mancanza di personalità giuridica, fiscale e previdenziale autonoma delle medicine in associazione, sono state sino ad ora superate, soltanto grazie alla creatività e all'impegno dei singoli, con "interventi di fortuna" e soluzioni "casalinghe".

È auspicabile pertanto a questo punto l'intervento di istituzioni, sindacati, società scientifiche e quanti altri hanno a cuore la medicina di famiglia perché forniscano, di concerto tra loro e in tempi brevi, soluzioni strutturate adeguate alle nuove esigenze organizzative della nostra disciplina.