

# Cure primarie: avanti tutta?

**Medici di famiglia scoraggiati, sui quali si scaricano tutte le contraddizioni del Ssn e che, in attesa dell'approvazione del nuovo ACN, vedono allontanarsi anche la tanto attesa riorganizzazione delle cure primarie. Il cambiamento, nel bene e nel male, senza risorse aggiuntive, potrebbe rimanere per l'ennesima volta lettera morta. Dallo SMI (Sindacato Medici Italiani) in congresso a Verona arriva, però, una sventagliata di nuove proposte.**

Lancia un'esortazione il neo presidente dello SMI **Giuseppe Del Barone** durante l'assemblea sindacale svoltasi di recente a Verona: "Il nostro ruolo di sindacalisti e di dirigenti di questo Paese è quello di continuare a insistere con le nostre battaglie riformatrici. Anche per questa ragione abbiamo presentato un nostro progetto per le cure primarie, che ci auguriamo sia letto con attenzione dal ministro della Salute e dalle Regioni". Un progetto di innovazione a 360 gradi, che parte dai tre nodi chiave dell'empasse attuale, ruolo dei Mmg, livelli di prestazioni e modelli organizzativi, per proporre il proprio punto di svolta. Un cambiamento che vira verso una medicina generale (MG) che non si rassegna a essere dipendente del Ssn, ma che a partire dall'esperienza accumulata nelle forme associative attualmente in sperimentazione, lascia il Mmg all'interno del proprio studio garantendogli, però, l'appoggio di un presidio distrettuale attivo nelle 24 ore. Perché, come ha sottolineato la responsabile di settore **Maria Paola Volponi** "non si inseguano solo modelli teorici e al contrario si parta dalle realtà già esistenti sul territorio".

## ■ Questioni di ruolo

L'attuale definizione contrattuale del ruolo del Mmg secondo lo SMI non soddisfa sotto il profilo giuridico, né sotto il profilo economico, né sotto il profilo delle funzioni. Il riordino delle cure primarie presuppone la definizione di una nuova natura giuslavorista del lavoro pro-

fessionale dei medici del settore. Questi negli ultimi anni hanno visto, nel rapporto cosiddetto di parasubordinazione, cumulare gli adempimenti coercitivi della dipendenza agli svantaggi, soprattutto normativi e fiscali, della libera professione.

È quindi necessario, secondo il sindacato, il riconoscimento legislativo di un nuovo rapporto di lavoro che:

- garantisca la salvaguardia dei valori fondanti la professione;
- riconosca le spese sostenute per strutture, personale e organizzazione del servizio che non devono più incidere incongruamente sui livelli di reddito e tassazione degli addetti;
- definisca gli studi dei medici come presidi del Ssn e il servizio offerto come strategico per il Ssn e pertanto esonerato dal pagamento di ICI e IRAP.

La tipologia del rapporto di lavoro che lega oggi il Mmg al sistema, valuta lo SMI "ha penalizzato fortemente la MG in quanto gli aumenti economici ricevuti non hanno compensato nemmeno le spese sostenute per garantire la fornitura del servizio".

La Convenzione in corso, infatti, ne stabilisce esclusivamente i compiti, ma non permette percorsi di crescita professionale, di carriera, di determinazione dei percorsi organizzativi, cioè un vero e proprio governo clinico. Nell'immediato dunque, secondo il sindacato, è necessario sancire con un atto legislativo oltre che il ruolo giuridico, il riconoscimento delle funzioni che i medici del territorio svolgono, a partire da una puntuale definizione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) della medicina generale.

## ■ Lea anche per il territorio

La prima nozione dei Lea risale alla legge di riforma sanitaria (833 del 1978). La suddivisione degli stessi nei tre sottogruppi della assistenza in prevenzione, assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale è riportata nel Piano Sanitario Nazionale 1998/2000. Bisogna arrivare all'anno 2001 (DPCM 29/11/2001) per una definizione precisa dei Lea e al 2002 (DPCM 16/04/2002) per le linee guida applicative. Infine, nel 2004, viene nominata la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei Lea. Nonostante tutto il tempo trascorso e tutti gli sforzi profusi, i Lea del territorio (distrettuali) risultano - constata lo SMI - assai poco definiti, quasi dei contenitori indistinti. Da qui l'intenzione, ampiamente condivisa, di una loro revisione e ridefinizione.

Ridurre, dunque, le attività del medico di famiglia alla sommatoria di singole prestazioni vorrebbe dire, come si è visto, non avere piena cognizione del ruolo e delle competenze della medicina generale, come espresse nella definizione del WONCA. Il fatto che la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei Lea, in una revisione ipotetica dei Lea territoriali non abbia considerato l'attività di primo contatto ambulatoriale del Mmg e abbia suddiviso la sua azione di presa in carico del paziente fragile al domicilio in ben 74 prestazioni, desta più di una preoccupazione nello SMI.

Altro rischio segnalato dal sindacato è quello di non tenere conto, nella determinazione dei Lea, della complessità del territorio, dove agi-

### Medicina generale in cerca di Lea ad hoc

Se la MG è innanzitutto relazione con il paziente e fiducia, sono tre i principali ostacoli a una codifica di Lea per il territorio:

- è difficile, se non impossibile, codificare e quantificare la relazione in termini di prestazioni;
- gran parte dell'attività della MG si basa su una relazione protratta nel tempo, e non su una prestazione "finita";
- la MG è canale di collegamento tra erogazione di prestazioni e gestione complessiva della salute, e rende dunque impossibile codificare i Lea a partire dalla semplice erogazione di prestazioni.

scono anche altre figure professionali oltre al Mmg. Esistono cioè differenti competenze che devono essere considerate per non ridurre l'assistenza territoriale alla somma di molteplici interventi disomogenei e rigidamente definiti.

Le richieste avanzate sono due:

1. una precisazione dei Lea territoriali che non può prescindere dalle specificità della medicina generale e dalle sue competenze fondamentali;
2. se dovessero esistere i DRG territoriali, essi non potrebbero consistere, al pari di quelli ospedalieri, esclusi-

sivamente in pacchetti di prestazioni ben codificate, ma dovrebbero tener conto dei tre elementi fondamentali: la relazione, la longitudinalità e l'indeterminatezza.

#### ■ **Forme associative e modelli organizzativi**

Per ottenere processi di cura adeguati, come si è visto, vanno superati i vecchi schemi strutturali territoriali per dar vita a un riordino moderno, funzionale, solidale delle cure primarie. La nuova sfida, secondo lo

SMI, è saper organizzare le risposte attorno all'ambulatorio del Mmg, il vero "esperto" dei bisogni del singolo e del suo contesto relazionale, ma all'interno di una rete strutturata di servizi, integrando le figure professionali che operano sul territorio. Una soluzione, dunque, non è tanto fare associare i medici per incrementare il monte ore a disposizione del singolo paziente, ma creare tra i medici forme associative nelle quali il raffronto e il confronto tra le singole realtà possano evolvere e amalgamarsi. "Siamo fortemente convinti - avvertono dallo SMI - che l'accesso improprio al Pronto Soccorso da parte dei pazienti non verrebbe minimamente modificato dal fatto di avere a disposizione 12 ore al giorno un ambulatorio, perché conosciamo molto bene la motivazione psicologica che li porta ad avere esami ematici, visite specialistiche ed altri accertamenti pronti in tempo reale. Né tanto meno è ipotizzabile incre-

mentare l'orario di ambulatorio del medico singolo, perché già in condizioni normali (e la normalità diventa un fatto aleatorio) un medico con massimale lavora non meno di dieci ore al giorno (visite domiciliari, visite programmate, visite in studio, visite per appuntamento, partecipazione a progetti aziendali e regionali, partecipazione a screening, ecc)". Partendo dall'esperienza maturata dai Mmg in gruppi e reti, secondo il sindacato, la medicina in forma associativa complessa, sia con studio unico che articolato, ma ulteriormente incentivata e potenziata con personale di studio, va a costituire il modello organizzativo dell'assistenza territoriale su cui organizzare una necessaria integrazione per la presa in carico del paziente h. 12. L'elemento di vera innovazione, però, è rappresentato dal presidio distrettuale, aperto in h. 24, che comprende al proprio interno, indicativamente, varie figure professionali con competenze proprie.

I Mmg che per ragioni varie non volessero aderire a forme associative possono collegarsi in rete con i presidi distrettuali interfacciandosi con gli altri professionisti. Lo strumento indispensabile per la gestione del modello, però, è l'informatizzazione condivisa tra tutte le figure professionali impegnate.

■ Una "carriera" anche per i Mmg

A fronte di queste possibili e necessarie innovazioni, però, secondo lo SMI diventa urgente rispondere al fatto che i medici hanno responsabilità funzionali sempre più ampie nelle RSA, negli hospice, negli ospedali di comunità e in tutte le strutture intermedie che la fantasia amministrativa sta inventando per far fronte alla profonda modificazione della epidemiologia. Il Mmg svolge anche funzioni non strettamente di assistenza primaria: si occupa di didattica come animatore, tutor, docente nelle scuole di formazione specifica, coordina audit, ricerca, management e organizzazione sanitaria.

A questa crescente responsabilità funzionale deve corrispondere, dun-

**Il presidio distrettuale: proposta di vera innovazione**

Questa specifica nuova struttura di supporto alla medicina del territorio dovrà assicurare, sulle 24 ore:

- specialisti del territorio, che assicurano le prestazioni specialistiche sia ambulatoriali sia domiciliari per i pazienti in ADI e ADP h.12, interfacciandosi con i Mmg e CA;
- medici di continuità assistenziale, a rapporto ottimale 1 a 5.000, convenzionati a 38 ore settimanali, che assicurano la copertura h. 24 in ambulatori dedicati e domiciliare, e per i pazienti in ADI e ADP, secondo attività programmate a livello aziendale, in accordo con i Mmg;
- infermieri del territorio, che assicurano la presa in carico dei pazienti fragili a domicilio, le prestazioni ambulatoriali e cooperano alla gestione delle condizioni croniche;
- assistenti sociali, che si occupano delle problematiche socio-assistenziali del territorio e cooperano alla gestione delle condizioni di fragilità;
- personale amministrativo di distretto, che assicura un punto unico di accesso per il cittadino guidandolo nel disbrigo di pratiche burocratiche, ma sollevando anche il Mmg dalla raccolta di pratiche come i piani terapeutici, i piani riabilitativi personalizzati ecc.

que, nel progetto di riordino del sistema, il giusto riconoscimento attraverso una progressione di carriera. Vanno, perciò, codificate e definite le funzioni, gli incentivi, le modalità di nomina e la durata in carica dei responsabili dei diversi livelli funzionali e organizzativi del sistema, con meccanismi premiali che integrano una quantità predefinita di ore di distacco dal lavoro convenzionato individuale, sul modello dell'attuale normativa che regola il distacco sindacale, con un remunerazione diretta della prestazione (figura 1).

Un profilo a parte va studiato per i Mmg che si occupano della formazione continua e di quella tutoriale

già avanzata in molte Regioni, da legare questo con la riforma delle attività di consulenza, formazione e docenza dei medici e pediatri di famiglia all'interno delle Università, secondo le linee espresse dalle società scientifiche del settore. Il riconoscimento di queste nuove e diversificate funzioni, secondo lo SMI, darà il vantaggio di poter disporre di professionisti motivati e attenti a una visione più complessiva dell'assistenza territoriale, all'interno di un sistema formalizzato di responsabilità, cui la medicina, pediatria e specialistica di base non intendono derogare, impegnandosi a un rilancio del vincente modello italiano di sanità.

Figura 1

**Possibili profili professionali**

