

Assistenza primaria: la ricetta dal Forum Meridiano Sanità

Non esiste un modello di assistenza valido per tutti, per cui è necessario un reale potenziamento attraverso una rete di servizi integrati costruita in base alle specificità del territorio. È questo il messaggio lanciato a Cernobbio (CO), dalla seconda edizione del Forum Meridiano Sanità, con la collaborazione di European House-Ambrosetti e il contributo dei maggiori attori della sanità a livello internazionale, nazionale e locale.

In merito alla riorganizzazione dell'assetto delle cure primarie, il pool di Meridiano Sanità nella presentazione del Rapporto finale 2007, tenutasi a Cernobbio, ha avanzato una serie di proposte che ben si inseriscono nel quadro del disegno di legge governativo. In generale le proposte vertono sulla necessità di incentivare (non obbligare) le varie figure professionali sanitarie presenti sul territorio, *in primis* i Mmg, affinché, da un lato, adottino modelli organizzativi, siano essi forme associative e/o di medicina di gruppo; dall'altro, si integrino in una rete (dotata anche di luoghi fisici di ritrovo/confronto periodico).

Le forme di aggregazione tra medici dovrebbero inoltre prevedere personale di reception/accolgenza per orientare e guidare gli assistiti, e addetti agli aspetti amministrativo-gestionali.

Lo sviluppo tra i Mmg di forme associative e/o di gruppo rappresenterebbe uno strumento indispensabile al fine del raggiungimento di obiettivi quali la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

Il punto di riferimento

L'assistenza primaria è il primo punto di contatto tra la persona e il Ssn e deve costituire il punto di riferimento per l'orientamento dell'assistito all'interno del Ssn stesso. Dovendo espletare tale funzione dovrebbe essere accessibile agevolmente, nel tempo e nello spazio. Proprio per questo è necessario prevedere formule organizzative calibrate sulla base delle specificità ter-

ritoriali: per esempio, è impensabile che in un piccolo Paese di montagna l'assistenza primaria sia garantita dal Mmg anche il sabato e la domenica, mentre è perfettamente logico che in un'area metropolitana una forma organizzata di assistenza primaria (Utap o altro) garantisca la copertura 24 ore su 24, sette giorni su sette.

Declinare l'accessibilità

A livello generale, il concetto di accessibilità deve essere declinato coerentemente con le caratteristiche geografiche, demografiche, biostatistiche e socio-economiche del territorio di riferimento. In particolare, oggi si possono riscontrare sul territorio italiano diverse tipologie di riferimento. Per le principali (aree metropolitane urbane, Comuni inferiori ai 15 mila abitanti, zone montane) Meridiano Sanità propone delle linee guida per la progettazione e la realizzazione delle forme più idonee di assistenza primaria.

Nelle aree metropolitane urbane la criticità maggiore è la solitudine, che colpisce soprattutto, ma non esclusivamente, le persone anziane. La solitudine si riverbera innanzitutto in uno stato psico-emotivo assai fragile; inoltre, a essa possono connettersi veri e propri vuoti di assistenza, con tutte le conseguenze del caso. In generale per le persone anziane spesso l'incontro con il medico è anche un momento di dialogo e confronto. Ben più grave è invece la situazione per i non autosufficienti, che di fatto dipendono da altri anche per l'espletamento delle normali attività.

Bisogna tenere anche presente che nelle aree metropolitane le persone attive adottano stili di vita che influenzano la loro domanda di assistenza: nella maggior parte dei casi, conducono una vita frenetica, dedicando larga parte del proprio tempo al lavoro e agli spostamenti. È sempre più difficile dunque, per questa tipologia di persone, adattarsi agli orari di studio dei Mmg senza sacrificare parte del tempo lavorativo. È opportuno che nelle aree metropolitane si organizzino forme stabili e strutturate di associazionismo/collaborazione che costituiscano il punto di riferimento certo per l'intero bacino di utenza. Tali strutture dovrebbero garantire un'offerta integrata che includa:

- continuità assistenziale 24 ore su 24;
- presa in carico per la risoluzione di tutte le problematiche non differibili e gli interventi urgenti che non necessitano del Pronto soccorso;
- serie variabile di prestazioni specialistiche (a seconda degli specialisti affiliati);
- erogazione di prestazioni diagnostiche di primo livello;
- laddove non erogate direttamente dalla struttura, la prenotazione delle prestazioni specialistiche e diagnostiche;
- gestione delle malattie croniche.

Da un punto di vista organizzativo, partendo da un rapporto ottimale di un Mmg ogni mille residenti, si deduce che le strutture associative, cui sia assegnato un bacino di utenza di 15 mila assistiti dovrà prevedere 15 medici di medicina generale.

Considerando che, nel caso di mille scelte, in base agli accordi nazionali il Mmg dovrà assicurare un orario di accesso allo studio di 10 ore settimanali (ovvero una media di due ore per ogni giorno feriale) e una media di 220 giorni feriali l'anno, si ricava un valore di 26,4 minuti all'anno dedicati per assistito. A partire da tale dato, la struttura organizzativa scelta, con un bacino di utenza di 15 mila assistiti, dovrà teoricamente erogare 396 mila minuti di prestazioni l'anno, pari a 30 ore teoriche giornaliere. Ovvero, ipotizzando che tali ore dovessero essere erogate da Mmg, il cui contratto nazionale prevede un'attività giornaliera svolta su un arco temporale compreso tra le

8 e le 20, e quindi di 12 ore, sarebbe necessaria la contemporanea presenza di 2,5 Mmg nella struttura. La copertura delle 30 ore giornaliere richieste nell'arco temporale di attività dei Mmg è quindi possibile senza un aggravio di costi in termini di maggior numero di medici, ma semplicemente migliorando il coordinamento tra i 15 Mmg previsti all'interno dell'Utap.

■ Sinergie per abbattere i costi

Importanti vantaggi in termini di minor spesa/necessità di finanziamento per l'assistenza primaria potrebbero derivare da sinergie e condivisioni di costi di struttura, come per esempio le spese per gli ambulatori, gli investimenti in tecnologia e informatizzazione e i costi di personale infermieristico, amministrativo/reception e di altri collaboratori.

Nei Comuni con popolazione inferiore ai 15 mila abitanti (si tratta di ben 7.404 Comuni, che radunano circa il 41.5% della popolazione italiana) la famiglia esercita ancora una funzione assistenziale importante. Gli anziani sono infatti spesso accuditi dai familiari, direttamente o con badanti.

Il punto di riferimento della comunità sono e dovranno certamente rimanere i Mmg, i Pls, i medici di continuità assistenziale e la medicina dei servizi. Gli stessi Mmg dovrebbero però essere incentivati ad aderire a iniziative di aggregazione, con incontri periodici tra i Mmg di più Comuni.

■ Case e care manager

È importante prevedere, soprattutto per questa tipologia di Comuni, l'inserimento a livello di distretto di due figure professionali essenziali per la continuità assistenziale sul territorio: il Case manager e il Care manager.

Il primo rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona, di gestirlo nel tempo, assumendo la responsabilità di attivare i servizi necessari, di valutarne il risultato, di assicurarne la congruenza economica, di essere il referente del paziente e della sua famiglia.

Il Care manager, invece, è il "mento-

re" capace di accompagnare il paziente nel suo percorso, scegliendo consapevolmente tra i servizi offerti dalla rete, integrando in un unico percorso i diversi interventi terapeutici; copre quelle funzioni complementari (per esempio counselling, responsabilizzazione ed educazione del paziente, ecc.) che non sono solitamente comuni nell'approccio medico. La competenza prevalente del Care manager si deve legare al supporto del paziente, più che alla capacità diagnostica e terapeutica.

■ Le zone montane

Per quanto riguarda le zone montane, dove spesso si riscontra un'alta concentrazione di persone anziane, le problematiche da affrontare riguardano in prevalenza la continuità assistenziale, l'integrazione socio-sanitaria e il sistema dell'emergenza-urgenza. In tali zone è difficile realizzare un modello di struttura organizzativa e

associativa rigida, ma si possono prevedere forme di associazionismo e/o di medicina di gruppo, che lascino la possibilità per il medico di esercitare la professione nel proprio studio, ed eventualmente individuare una sede fisica in cui incontrarsi periodicamente per attività di formazione e scambio di esperienze.

È inoltre auspicabile l'attivazione, nei fine settimana e nelle zone con sufficiente massa critica, di un numero verde di primo contatto per guidare e accompagnare le persone che hanno bisogno di assistenza, ma non rientrano nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

Meridiano Sanità suggerisce inoltre di rafforzare, all'interno di compiti dell'assistenza primaria, la funzione di tutorship/mentorship nei confronti delle persone assistite (con particolare riguardo ai cronici), anche in rapporto alla crescente aspettativa di informazione e partecipazione alle decisioni riguardanti la salute da parte delle persone.