

## Basterà un decalogo per le cure primarie?

Dieci punti per una medicina del territorio rinnovata sono contenuti nella dichiarazione finale della prima Conferenza nazionale delle Cure Primarie svoltasi a Bologna. Una kermesse che voleva testimoniare, nelle intenzioni del ministro uscente **Livia Turco** e delle categorie che vi hanno contribuito, la svolta definitiva avvenuta, nello spazio di questa breve legislatura, verso la realizzazione del secondo pilastro della sanità italiana. "La svolta verso il territorio c'è stata - ha sottolineato Turco -. In tutto il Paese, anche in quelle realtà con più difficoltà ad abbandonare una logica ospedalocentrica. Ha prevalso la volontà di garantire finalmente quelle risposte e quei servizi che i cittadini chiedono da tempo".

Dopo una valanga di interventi, che a 360 gradi hanno disegnato in due giorni la mappa delle cure sul territorio, è emerso un quadro complesso di buone volontà, sperimentazioni in corso, ma anche di grandi criticità.

Primo tra tutti il rapporto con Regioni e aziende, colpevoli di resistere al cambiamento. Se, infatti, gli investimenti (strutturali e non) fluivano verso le strutture ospedaliere consentendo loro di espandersi e perfezionarsi, si è costretta la medicina generale a essere finanziata con importi preventivati all'atto della stipula degli ACN. "Per effetto del federalismo - ha avvertito il segretario Fimmg **Giacomo Milillo** - la MG deve poi confrontarsi con regole diverse in ogni Regione. In alcune si avvertono pressioni a favore della modificazione del nostro stato giuridico: da liberi professionisti convenzionati parasubordinati a erogatori o, al contrario, a dipendenti".

Il Mmg, secondo la proposta del presidente Snam **Mauro Martini** deve riappropriarsi delle specifiche competenze della MG sottrattegli dalla proliferazione dei costosi centri specialistici, gestendo direttamente le cronicità per realizzare nel proprio studio azioni mirate e utili alla gestione uniforme,

programmata e finalizzata delle patologie croniche, che hanno un alto impatto sui consumi di prestazioni e di servizi. Un compito, per Martini, attuabile senza modificare l'attuale strutturazione e disposizione degli studi dei Mmg sul territorio che con la loro parcellizzazione offrono già un buon servizio vicino al paziente, ma semplicemente condividendo e mettendo in rete i dati sanitari e, se si vuole, utilizzando la medicina di gruppo.

### Ristrutturare il compenso dei Mmg

Bisogna però rivedere anche il capitolo più generale degli investimenti. Per fare un po' d'ordine, secondo le rappresentanze intervenute a Bologna, bisognerebbe ristrutturare il compenso dei Mmg, per distinguere nettamente le quote riconducibili all'onorario professionale da quelle destinate agli investimenti necessari all'erogazione dell'assistenza: locali, attrezzature, servizi, personale. L'onorario, secondo Fimmg, dovrebbe seguire dinamiche simili a quelle della dipendenza, le quote riconducibili a rimborso forfetario, invece, adeguate al tasso d'inflazione in relazione a uno specifico "paniere" da individuare. Le quote di rimborso a piè di lista individuate automaticamente e non soggette alla contrattazione.

Ma un'esigenza sempre più sentita del sistema delle cure del territorio, per sottrarsi alla "volubilità" regionale, aziendale e "di legislatura" è quella di introdurre anche per la MG "strumenti scientifici e informatici in grado di fotografare i risultati di salute e di gradimento ottenuti sul campo". Per esempio, **Claudio Cricelli**, presidente della Simg, ha spiegato di aver messo a punto un sistema di indicatori che consente, sia al medico sia alla Asl, di verificare in tempo reale i risultati ottenuti e di avviare un nuovo sistema di pagamento delle prestazioni in base alla qualità dei servizi offerti. Le proposte che poi si inseriranno negli "Atti di indirizzo di parte", che l'intersindacale contrapporrà a quelli della parte pubblica, daranno la misura di quanto di queste esigenze e innovazioni diventerà davvero parte del nuovo negoziato.

### Dieci priorità per le buone cure primarie

1. La salute non deriva soltanto dalla efficienza dei servizi sanitari, ma dalle politiche più generali di una comunità.
2. I sistemi di assistenza primaria rappresentano la risposta più adeguata e appropriata per il nuovo, complesso, esigente bisogno di salute e per garantire personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.
3. I sistemi di assistenza primaria impongono di ripensare il territorio, che è garanzia effettiva dei LEA, di progettarlo, di dotarlo delle infrastrutture necessarie al suo governo, di riequilibrarne il rapporto con le altre aree della assistenza evitandone la ospedalizzazione.
4. Il distretto è lo snodo fondamentale nella organizzazione del secondo pilastro della sanità pubblica, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli.
5. La centralità dei cittadini è resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per percorsi integrati, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale.
6. La continuità tra le diverse aree della assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per la qualità e la sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati.
7. L'organizzazione dei sistemi di assistenza primaria deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute.
8. I sistemi di assistenza primaria devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo l'approccio tipico della medicina di iniziativa.
9. L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.
10. I sistemi di assistenza primaria devono essere fondati su una governance basata sulla trasparenza, sul merito, sul coinvolgimento delle professioni, sulla partecipazione attiva dei cittadini. Enti locali, aziende sanitarie, cittadini singoli e associati partecipano alla individuazione e definizione di politiche sanitarie orientate al perseguimento di obiettivi di salute.