

L'Emilia Romagna punta sui Nuclei di cure primarie

Gianluca Bruttomesso

A decretarlo l'assessore alle Politiche per la salute dell'Emilia Romagna, Giovanni Bissoni, nel corso del convegno "Cure primarie: il contributo della Medicina Generale", tenutosi a Bologna in occasione del varo del primo Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010

L'Emilia-Romagna ha assegnato una veste centrale - che verrà ancor più potenziata con la nuova convenzione - ai Nuclei di cure primarie (NCP): centri operativi formati da medici di famiglia, pediatri di fiducia, infermieri, ostetriche, operatori socio-assistenziali.

Questi nuclei - sostiene **Giovanni Bissoni** - nascono dall'idea secondo cui "l'associazionismo è un valore: prima di questa convenzione era una scelta del Mmg che decideva se e come associarsi. Ma in quanto valore intrinseco dell'assistenza è il caso di riprodurlo con omogeneità regionale, in ossequio a una maggiore equità d'accesso per i cittadini. L'associazionismo semplice non interessa più perché non è in grado di influire sul livello di cura".

La dimostrazione di questa valorizzazione, secondo Bissoni, è riflessa anche da un altro aspetto. A differenza di quanto avviene in molte altre Regioni, "in Emilia Romagna abbiamo investito ingenti risorse trasferendole dalle aziende ospedaliere. Siamo la Regione che ha la minore spesa ospedaliera sul totale di quella sanitaria: oggi è pari al 41-42%, con uno spostamento in dieci anni di 8 punti di spesa sanitaria regionale sul territorio, ossia qualcosa come 600 milioni di euro." Una scelta che trova la sua declinazione nell'accordo regionale.

"I capisaldi dell'accordo regionale - osserva **Stefano Zingoni**, segretario generale regionale Fimmg - sono costituiti dalla creazione da un'adeguata serie di strutture informatiche orizzontali e verticali. Ma ancor più dall'integrazione dei professionisti che sono impegnati sul territorio, alla quale fa riscontro la previsione di percorsi per la partecipazione ai vari livelli dell'intervento sanitario regionale con la co-

struzione di allegati all'accordo nei quali si tenta di costruire figure di supporto, di consulenza, ossia delle figure partecipative all'interno delle aziende da parte dei Mmg", vale a dire referenti di distretto e referenti di dipartimento delle cure primarie.

Un'altra via

Esiste tuttavia un'alternativa al modello di assistenza generalista che punta in modo quasi monopolistico sui NCP. Si tratta della realizzazione del progetto h 24: "in virtù dell'attivazione del servizio diurno della continuità assistenziale - sottolinea **Romano Burzi**, Mmg e Mca dell'Asl di Bologna - potrebbe non essere richiesta la copertura giornaliera dei gruppi e delle reti, rendendo tale opzione una scelta organizzativa spontanea e non un obbligo d'incentivazione".

Perno di questo servizio dovrebbe essere il presidio territoriale diurno: "un ambulatorio strutturato diurno h 12 (8-20), in grado di estendere la propria attività anche nella prima fascia notturna, dalle 20 alle 24, quando gli accessi impropri al Pronto soccorso raggiungono il picco massimo".

Quello del carico di lavoro sempre maggiore e dell'erosione del tempo disponibile per ciascun paziente da parte del Mmg è un problema che peraltro non può essere affrontato solamente in termini di informatizzazione e di associazionismo. È quanto puntualizza **Donatella Poggi**, rappresentante Fp Cgil medici dell'Emilia Romagna: "Bisognerà modificare il modello in cui l'infermiere professionale ha funzioni sia di gestione delle acuzie - quindi un *front office* dove possa dare delle risposte professionali corrette e concordate con i medici - e sia compiti di gestione

di problematiche croniche, secondo protocolli concordati, calendari definiti insieme al medico e con possibilità di utilizzare quest'infermiere anche nella gestione di casi acuti dei pazienti cronici seguiti a domicilio. In questo modo la figura dell'infermiere consentirebbe anche di liberare preziose risorse dando al medico la possibilità di seguire i pazienti a domicilio e di poter espletare prestazioni ambulatoriali di qualità migliore."

La qualità

Ma il miglioramento dell'assistenza primaria e la rivalutazione del ruolo del Mmg deve comunque passare anche attraverso altre strade. Lo specifica **Giacomo Milillo**, segretario nazionale Fimmg, che richiama l'attenzione sul rischio "dell'autoreferenzialità dei Mmg, un problema non risolto dalle forme associative e che si può affrontare esclusivamente se saremo capaci di rendicontare le attività che facciamo, quel 90% di ciò che passa inosservato. Questo è lo scopo dell'informatizzazione o meglio del collegamento in rete. Avere questo mezzo significa avere strumenti di negoziazione completamente diversi."

Torna quindi il problema della qualità, nella sua doppia veste di elemento essenziale per la soddisfazione dell'assistito e di momento di confronto con l'istituzione, la quale per parte sua, a detta di Bissoni, cercherà di contribuire a questo sforzo di chiarezza dei Mmg con l'istituzione di un "osservatorio" per l'innovazione in MG che permetta di valutare la funzionalità del sistema e correggerne la rotta, ma facendo attenzione a non farne uno strumento di ricontrattazione permanente dei principi che sono alla base dell'accordo regionale.