

Medicina territoriale: la sfida per il nuovo Acn

La continuità assistenziale (CA) e l'emergenza territoriale (EST) sono forse gli anelli più deboli delle cure primarie sul territorio. I medici di questi comparti lavorano in condizioni difficili e insicure tali da contraddire nei fatti i tanti proclami sulla prospettiva di costruire una sanità efficace e moderna sul territorio.

Monica Di Sisto

I sindacati di categoria hanno riaffermato, in recenti iniziative specifiche, la necessità di promuovere il ruolo cardine e la piena integrazione del medico convenzionato in CA ed EST nel sistema delle cure territoriali. Molte proposte, alcune convergenti altre no, ma con una convinzione: i Mmg possono giocare un ruolo fondamentale per la qualificazione di questi servizi, ma alle solite condizioni: più governance, più centralità, più risorse.

■ La fotografia dell'annuario statistico sanitario

Secondo le ultime rilevazioni dell'annuario statistico, i medici di CA sono circa 13.980, organizzati in 2.651 presidi, con un rapporto ottimale medio che si avvicina a 1 medico ogni 4.120 utenti, rapporto ottimale che se può essere plausibile nei grossi aggregati urbani, nelle Regioni e nelle province prevalentemente pianeggianti, secondo il Sindacato Medici Italiani (Smi), diventa complicato e difficile gestire nelle aree a minore densità abitativa, spesso prevalentemente montuose o costituiti da isole che hanno caratteristiche orogeografiche più complesse. Di questi 13.980 medici circa il 50% è a doppio rapporto con l'Assistenza Primaria (con estrema variabilità percentuale che spazia da circa il 10% del Molise e al 20% di Calabria e Sardegna fino al 67% dell'Abruzzo e all'80% del Friuli Venezia Giulia). Si tratta di medici precari con incarichi temporanei variabili da tre mesi a un an-

no. Alcune Regioni meridionali hanno assunto un comportamento ostruzionistico nei confronti di nuove assegnazioni di titolarità. Tra queste la Campania che, dopo 5 anni, ha ricominciato a conferirle dallo scorso anno e la Sicilia, che solo due mesi fa ha emesso un bando parziale dopo l'ultimo del 2002. Molte Regioni del Nord si trovano, invece, in difficoltà per la carenza di medici forniti dei requisiti previsti dall'Acn (attestato di Formazione in medicina generale) e vanno avanti assegnando incarichi temporanei di un anno come il Veneto, l'Emilia Romagna e il Piemonte. A questo caos si aggiunge quello normativo: Veneto, Lombardia, Friuli V.G., Piemonte ed Emilia Romagna e in parte Lazio, Abruzzo e Puglia riescono a utilizzare gli spazi normativi offerti dall'Acn, investendo sui medici di Continuità Assistenziale (MCA). Al contrario, le Regioni meridionali nella gran parte tendono a confinarli nella specifica attività notturna e festiva, trascurandone le esperienze e ignorandone la progettualità, rendendo un miraggio il raggiungimento delle 38 ore settimanali.

■ Il libro dei sogni dei MCA

Il Sindacato Medici Italiani, in occasione del recente convegno "Guardia medica: dal lavoro usurante notturno al lavoro qualificante diurno", svoltosi a Roma, ha condotto un'intervista a campione tra circa 200 medici di CA dalla quale emerge un quadro inquietante. Chi sta oggi in prima linea sono per

lo più Mmg con tanti anni di attività di guardia, con una età non più giovane, con un contratto il più delle volte a 24 ore e non ancora inseriti nella medicina generale.

9 su 10 degli intervistati sono a oltre 10 anni dalla laurea. 8 su 10 a Nord e al Centro sono a 28 ore (9 su 10 al Sud); 6 su 10 a Nord e al Centro sarebbero favorevoli a un completamento a 28 ore (9 su 10 a Sud). Se gli si chiede se ambirebbero a un rapporto di dipendenza con il Ssn, 7 su dieci al Nord e al Centro e 9 su 10 al Sud rispondono di sì.

9 su dieci dei MCA a Nord e 8 su 10 a Sud sarebbero disponibili a trattare i codici bianchi - come proposto di recente dal ministro del Welfare -. In tutta Italia 9 su 10 auspicano all'introduzione del ruolo unico in medicina generale.

Quest'anno, proprio come il Ssn, la guardia medica compie 30 anni. "Anni durante i quali questo servizio ha garantito l'assistenza medica ai cittadini nei giorni festivi e prefestivi e nelle ore notturne, nei periodi più difficili dell'anno, spesso in presidi fatiscenti e insicuri, lontani e decentrati rispetto a presidi sanitari di qualunque altra tipologia - ha spiegato nella sua relazione al convegno romano **Emanuele Cosentino**, il responsabile Smi per il settore in Sicilia -. Ha assicurato l'assistenza, soprattutto quella domiciliare, ai cittadini con costi assolutamente sostenibili se non irrisori, garantendo la presenza di professionisti, giovani e meno giovani, il più delle volte formati sul campo, quasi sempre soli, in qualunque situazione clinica relativa a tutti i codici e a tutti i loro co-

lori, quando ancora i codici e i colori non esistevano e non esisteva neanche il 118 e l'emergenza territoriale". Qualche anno fa il cambiamento, la guardia medica è diventata Continuità Assistenziale, una nuova accezione con nuovi contenuti ancora disattesi: "pensavamo che gli schemi mentali che ci eravamo creati si traducessero come per incanto in realtà - ha sottolineato Cosentino - e cioè che l'Emergenza-Urgenza fosse di pertinenza del 118-EST e che la CA avrebbe svolto i compiti dell'assistenza primaria durante le ore notturne, festive e prefestive. Invece, nella maggior parte dei casi, non è cambiato assolutamente niente, quasi dappertutto".

■ Tagli inopportuni

La Continuità assistenziale, secondo un'altra istantanea scattata dallo Smi in base all'Annuario statistico del ministero della Salute, copre infatti anche i compiti dell'emergenza territoriale in numerosissime aree del Paese dove il 118 è istituito solo sulla carta assieme alle ambulanze medicalizzate. La media nazionale al riguardo è del 22.4%, con una variabilità estrema

tra le varie Regioni che va dal 3.7% di Friuli V.G. e della provincia di Trento e dal 6.3% della Lombardia, al 62.5% del Piemonte e al 60.5% dell'Umbria. Altrettanto accade anche nell'ambito dell'ADI, nella medicina palliativa e nei confronti dei pazienti fragili, poiché a fronte del graduale invecchiamento della popolazione, solo il 23.6% dei distretti sanitari in Italia ha attivato i Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

A tutto ciò bisogna aggiungere una serie di altre attività, quali il supporto ai DSM per i TSO e gli interventi presso le carceri non fornite di medico di guardia. Tutta questa attività viene svolta contemporaneamente a quella per cui la Continuità assistenziale è istituzionalmente preposta e cioè l'assistenza medica ai pazienti nelle ore notturne, festive e prefestive nelle quali non è presente il medico di famiglia.

Nonostante la gran mole di lavoro svolta, le Regioni stanno contraendo i posti disponibili in Continuità assistenziale, soprattutto nelle Regioni del Sud e in quelle sottoposte al "Piano di rientro economico" proprio lì dove sono più numerose

le prestazioni effettuate dai medici di Continuità Assistenziale: nel 2006 sono state 441 ogni 1.000 abitanti in Calabria, 393 in Sicilia e 283 in Sardegna, rispetto ai valori medi nazionali di 173. Dal 1996 al 2006, però, i medici addetti al servizio di CA si sono ridotti di circa 2.600 unità, mantenendo un numero di presidi più o meno uguale, mentre negli ultimi 18 mesi sono andati perduti circa 100 presidi e circa 500 unità mediche nelle Regioni Toscana, Sicilia, Sardegna e Calabria e altrettanti, come appreso negli ultimi giorni, si prevede che chiudano ancora in Sicilia, Sardegna e Calabria entro il 2009.

In Sicilia, per esempio, entro la fine del 2009 si avrà la riduzione complessiva di 87 postazioni di CA e di ulteriori 353 unità mediche rispetto al gennaio 2008.

Non regge la motivazione di questi tagli dovuta alla necessità di un risparmio. Il costo della CA, infatti, secondo le rilevazioni dello Smi, era di 10,83 euro anno/abitante nel 2005 con la garanzia di assistenza in tutti i Comuni della Sicilia e si è ridotto oggi a 8,78 euro anno/abitante, lasciando 80 Comuni privi di assistenza.

La dura realtà dell'emergenza sanitaria

Se la continuità assistenziale piange, l'emergenza sanitaria territoriale di certo non ride. La principale criticità della EST è l'esistenza di un sistema a contrattualità mista del personale medico (convenzionato e dipendente), come ha avuto modo di denunciare la Fimmg che nell'ultimo Congresso ha rinnovato l'Esecutivo nazionale del Settore Emergenza Sanitaria affidandogli il mandato di rafforzare *"il ruolo e la piena integrazione del medico convenzionato di Emergenza Sanitaria nel sistema delle cure territoriali"*, attraverso *"lo sviluppo e la diffusione dei punti di primo intervento sul territorio, il potenziamento e il mantenimento delle medicalizzazione del territorio, le sinergie professionali tra i medici 118 e gli altri professionisti della medicina generale, oltre che con l'ospedale e le altre componenti dell'assistenza territoriale"*.

La Fimmg, presentando la propria idea di riforma del settore, ha ripercorso in un documento, realizzato per i suoi iscritti, un po' la storia dell'emergenza territoriale.

Il sistema nasce in Italia in applicazione del DPR 27 marzo 1992 per garantire una risposta coordinata e professionale su tutto il territorio, quanto più adeguata e rapida, in caso di emergenza-urgenza sanitaria della popolazione. L'istituzione del numero unico 118, con l'insieme dell'organizzazione sanitaria in divenire prevista dalla legge, andava a collocarsi in una realtà di soccorso extraospedaliero gestito interamente dalle associazioni di volontariato. Con il Decreto Legislativo 502 del 1992 di riordino del sistema sanitario e le sue successive modificazioni (D.leg 229/99), si prevedeva la possibilità per le Regioni di instaurare con i medici convenzionati di emergenza sanitaria un rapporto di dipendenza. Ma che cosa è poi realmente accaduto? Non tutte le Regioni hanno adottato questa scelta e in quelle in cui il passaggio alla dipendenza è stato attuato non si sono avute evidenze di un signifi-

cativo miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio di emergenza.

■ Le criticità

L'esistenza di questo sistema misto sta generando una profonda frattura nell'area della medicina generale. La presenza in questa area, costituita esclusivamente da personale in convenzione, di medici in regime di dipendenza crea non solo differenze contrattuali, ma di condivisione di progetti comuni per l'assistenza territoriale e vanifica il processo d'integrazione tra le diverse figure professionali operanti nel comparto. Altra importante criticità è la scarsa integrazione tra il sistema di emergenza sanitaria territoriale 118, il sistema di emergenza ospedaliero e le altre componenti dell'assistenza territoriale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale *in primis*) che è, secondo Fimmg, meramente lasciata alla casualità o a spature iniziate locali, con l'inevitabile aumento dei costi.

L'emergenza sanitaria territoriale però, secondo le organizzazioni sindacali, è una risorsa del territorio e rappresenta una area ultraspecialistica della medicina generale. Per questo motivo l'accesso alle funzioni di medico dell'EST deve avvenire, come per le altre figure professionali della medicina generale, esclusivamente con contratti di convenzione.

■ Le priorità

La Fimmg, nel percorso verso la qualificazione del settore, ha individuato alcune priorità. Innanzitutto che la formazione preveda, oltre al corso di formazione in medicina generale, un corso supplementare della durata minima di un anno gestita dall'area di formazione della MG. Appare infine necessario prevedere nella stipula dei futuri Acn la possibilità per i soli medici dell'emergenza sanitaria transitati alla dipen-

denza di poter rientrare a richiesta in convenzione.

Visti gli attuali orientamenti governativi atti a potenziare i servizi territoriali - allo scopo di trasferire in essi parte delle attività dei Pronto Soccorso - le funzioni svolte attualmente dal sistema dell'emergenza dovrebbero essere, secondo Fimmg, ulteriormente ampliate con:

- lo sviluppo e la diffusione dei punti di primo intervento sul territorio prevedendo in essi anche posti di degenza temporanea, gestiti dai medici dell'emergenza, dove i pazienti non critici possono rimanere temporaneamente in osservazione clinica dopo apposito trattamento;

- il potenziamento e il mantenimento della medicalizzazione del territorio in relazione sia all'aumento dell'età media della popolazione e del conseguente aumento del numero di eventi cronici potenzialmente riabilitabili, sia all'aumento dei codici a media-bassa gravità che richiedono, per essere trattati sul territorio, un intervento medico mirato, da parte di professionisti appositamente formati;
- l'integrazione professionale tra i medici del 118 e gli altri professionisti della medicina generale, oltre che con l'ospedale e le altre componenti dell'assistenza territoriale.

Secondo il sindacato, una più stretta collaborazione tra i professionisti operanti sul territorio, in particolare tra i medici di famiglia, della continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria non potrà non passare attraverso la progressiva informatizzazione del sistema, che dovrà garantire una ottimale interrelazione e comunicazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria. Il tutto a patto di ricondurre a una maggiore uniformità il sistema di Emergenza Sanitaria 118 sull'intero territorio nazionale nel rispetto dei Lea e dell'autonomia delle Regioni. Ma naturalmente un tale progetto non potrà realizzarsi a costo zero.