

# Mmg al centro della rivoluzione dell'emergenza

*Contrordine: l'associazionismo medico, che sembrava conoscere minor fortuna tra i decisori politici centrali e periferici a causa dei costi connessi, è tornato al centro dell'attenzione politica. La ragione di questa ritrovata centralità è racchiusa nella necessità di abbattere il cronico sovraccollamento dei Pronto soccorso utilizzati impropriamente ogni anno come porte di libero accesso alla diagnosi da circa 450 italiani ogni mille. È per questo, infatti, che è stata lanciata una nuova sperimentazione: il progetto "Cure primarie h 24".*

Monica Di Sisto

**I**l Governo ha deciso di lanciare una nuova sperimentazione: il progetto "Cure primarie h 24" presentato a Roma dal sottosegretario alla Salute **Ferruccio Fazio** e dai rappresentanti dei medici di medicina generale **Giacomo Milillo** (Fimmg), **Mauro Martini** (Snam) e **Claudio Cricelli** (Simg). Un progetto per il quale è stata aumentata dal 20% al 25% la quota delle risorse messe a disposizione delle Regioni per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale per l'anno 2009. In tutto fanno 352 milioni di euro cui i governatori potranno accedere in base alla popolazione e alle iniziative avviate, in fase sperimentale, entro l'anno.

## La chiave della svolta

Gli ultimi accordi per la medicina generale - sottolinea il ministero nelle linee guida con le quali ha lanciato il progetto h 24 - hanno introdotto elementi di novità, come le forme di associazionismo, con l'intento di indurre a una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto soccorso. Nonostante ciò il fenomeno dell'iperafflusso non è stato completamente risolto. Per questo si è scelto di mettere in campo delle nuove modalità organizzative che possano dar conto dell'evoluzione della domanda di salute e - aggiungiamo noi - cerchino di rimettere i conti in equilibrio. È necessario a questo scopo, sempre secondo il ministero, adottare azioni di riorganizzazione

del servizio di Pronto soccorso e, contemporaneamente, dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso modelli organizzativi diversificati e a elevata flessibilità con ulteriore sviluppo delle integrazioni multiprofessionali, adattabili ai diversi contesti territoriali: metropolitano, urbano ed extraurbano.

Rispetto ai temi della gestione dei codici bianchi e alla continuità dell'assistenza, secondo le linee guida, il medico di medicina generale è oggi chiamato a svolgere un ruolo importante e più ampio. Affinché possa effettivamente assumere il ruolo di principale riferimento sul territorio per il cittadino, l'associazionismo sembra essere per l'esecutivo la scelta più appropriata. In base a esperienze condivise di medici che operano in Pronto soccorso e di medici di medicina generale, risulta che un cospicuo numero di soggetti che si rivolgono alle strutture di emergenza ospedaliera presenta quadri clinici che potrebbero essere affrontati e risolti adeguatamente dal Mmg. Partendo da questa evidenza, dunque, e sentite le organizzazioni sindacali e professionali coinvolte nella sperimentazione e per questo presenti alla presentazione del nuovo progetto, il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ha ritenuto opportuno indicare alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito ospedaliero e/o territoriale giudicati confacenti ad arginare il fenomeno, rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino, "ben sapen-

do - si sottolinea nel documento di presentazione - che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema. I modelli globalmente individuati costituiscono alcune fattispecie, già riscontrabili in alcune realtà locali, che possono essere ulteriormente sviluppati. I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva sistematizzazione della problematica assistenziale in questione".

## Cinque modelli organizzativi

Le tipologie organizzative indicate nelle linee guida, si precisa con ancora maggior evidenza "non devono essere considerate modelli già definiti per una loro sistematica adozione nelle singole realtà locali, ma modelli sperimentali per l'avvio del percorso finalizzato alla risoluzione del fenomeno. L'adozione definitiva della modellistica di riferimento avverrà solo dopo una attenta considerazione dei risultati ottenuti". Si dichiara, per questo, necessario, "avviare contestualmente un'attività di monitoraggio continuo, utilizzando un apposito sistema di indicatori e promuovendo una modalità condivisa con le Regioni e con le realtà professionali coinvolte per la loro valutazione", anche se al momento non se ne forniscono ulteriori dettagli. Quelli che invece vengono descritti con particolare attenzione sono i cinque nuovi schemi organizzativi che dovranno essere avviati entro la fine dell'anno in tutto il territo-

rio. A livello ospedaliero si prevede l'implementazione:

1. dell'ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi);
2. dei nuovi Punti di Primo Intervento (PPI).

A livello territoriale si prevede, invece, la creazione di:

3. presidi ambulatoriali distrettuali;
4. assistenza territoriale integrata;
5. ambulatori territoriali integrati.

### ■ Nuovi spazi e ruoli per i Mmg

Negli ambulatori per la gestione dei codici bianchi, da attivare presso i presidi ospedalieri o nelle immediate vicinanze, a trattare quei soggetti che non presentano patologie a carattere di emergenza-urgenza saranno i medici di continuità assistenziale (Mca) e/o i Mmg con doppio incarico. Il numero delle unità mediche presenti sarà rapportato al numero medio di accessi alla struttura. Ad essi si affiancheranno i punti di primo intervento (PPI): strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto soccorso dell'ospedale di riferimento e in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.

Il punto di primo intervento è di norma una postazione territoriale della rete dell'emergenza-urgenza, presso cui operano i medici dell'emergenza territoriale (Met).

A livello territoriale, invece, il presidio ambulatoriale distrettuale costituisce il punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino, che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h 24. Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai medici di continuità assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture individuate dalle aziende sanitarie locali:

- situati in aree distanti da presidi ospedalieri;
- situati presso aree ad alta densità abitativa e/o aree di interesse turistico;
- se ne prevede almeno uno per distretto sanitario.

Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dell'ambulatorio del Mmg e dei PIs: visita medica, prescrizione di farmaci salvavita, certificazione per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso, prestazioni di particolare impegno (quelle indicate nell'allegato D della vecchia convenzione della MG). L'accesso può avvenire direttamente, tramite invio da parte del medico di medicina generale o del Pronto soccorso di riferimento dopo effettuazione del triage. All'ambulatorio possono accedere non soltanto gli assistiti, ma tutti i cittadini, compresi i non residenti.

### ■ L'associazionismo per l'integrazione

Con l'assistenza territoriale integrata si punta invece allo sviluppo di una collaborazione fra più professionisti che renda possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività sia ambulatoriale che domiciliare, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile con possibilità di visite e altre prestazioni su appuntamento.

I Mmg e i PIs, riuniti in associazioni, possono svolgere la loro attività professionale anche in studi medici collocati in sedi diverse, ma devono essere collegati funzionalmente tramite idonea rete informatica e previa informatizzazione delle schede sanitarie individuali degli assistiti (medicina in rete). L'assistenza territoriale integrata prevede anche la possibilità di fruire di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali, ma

anche gli strumenti della rete e della telemedicina per la gestione del paziente nelle località disagiate, montane e nelle isole minori.

Presso le sedi delle forme associative della medicina generale, ci potrà essere:

- la presenza di un Mmg e di un Pls nelle 12 ore diurne dei giorni feriali;
- la presenza di un medico di continuità assistenziale nelle 12 ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi;
- la presenza h 24 di personale infermieristico;
- la presenza h 12 di personale amministrativo;
- l'attivazione degli interventi degli specialisti ambulatoriali interni in reperibilità.

Le linee guida definiscono, invece, ambulatori integrati o centri medici quei presidi territoriali dove operano i professionisti che svolgono insieme la loro attività, secondo precise modalità organizzative ispirate alla medicina di gruppo. L'ambulatorio integrato è aperto almeno dieci ore al giorno, dispone di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali; vi operano Mmg e/o Pls, personale infermieristico ed eventualmente personale amministrativo.

Possono essere erogate:

- visite ambulatoriali comunemente svolte dai Mmg, dai Pls e dagli specialisti ambulatoriali interni;
- analisi diagnostiche di primo livello (da tecnologie elementari fino alla telemedicina);
- consulenze specialistiche;
- prestazioni infermieristiche;

Inoltre, possono essere svolte attività correlate, quali raccolta prelievi, prenotazione di prestazioni specialistiche e/o di ricovero degli assistiti, valutazioni connesse all'attività dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'assetto delle cure sul territorio, dunque, sembra alla vigilia dell'ennesimo cambiamento strutturale. L'auspicio è che questa volta la sperimentazione duri almeno fino alla fine della legislatura e, come negli annunci, non azzeri tutto quanto finanziato finora.

## Utap: c'è chi dice sì, avendola sperimentata

■ E se succedesse di nuovo che dopo aver messo in piedi un nuovo modello organizzativo, ci si ripensasse e lo si lasciasse lì? Accade, per esempio, in Veneto, dove solo qualche settimana fa il segretario organizzativo dello Snamì, **Angelo Testa**, si diceva soddisfatto del fatto che la Regione avesse premuto il freno a mano sulle unità complesse, che pure in una fase iniziale aveva sponsorizzato facendosele terreno di sperimentazione anche per il resto d'Italia. "Con i suoi più recenti provvedimenti il Veneto ha di fatto limitato il numero massimo delle Utap a due per Asl - spiegava Testa in una nota cui Snamì aveva dato rilievo nazionale - mentre prima questo era il numero minimo previsto, il che significa di fatto congelare le Utap alle attuali 44. È la conferma che avevamo visto giusto quando denunciavamo i costi eccessivi di questo schema per le finanze regionali". Per lo Snamì, comunque non si tratta solo di una questione di costi: la centralizzazione dell'assistenza primaria porterebbe inevitabilmente a un maggiore disagio per la cittadinanza: "non lo sosteniamo solo noi - continuava Testa - se ne accorgono anche gli amministratori locali". Il segretario Snamì portava come esempio l'episodio del sindaco di una cittadina della provincia di Rovigo, Castelnovo Bariano, che si era detto contrario all'ipotesi di un Country Hospital usando argomenti che Testa sposava in pieno. "Il sindaco ha dimostrato che per riunire il bacino di utenza previsto, 20mila abitanti - spiegava Testa - bisognerebbe comprendere numerose frazioni anche distanti tra loro e si chiedeva dove sarebbe stata collocata la struttura e quali sarebbero state le difficoltà di tutta l'area interessata per raggiungerla".

### ■ Una voce fuori dal coro

C'è però chi nella medicina generale questa sperimentazione l'ha sostenuta con entusiasmo e, a conti fatti, si sente ancora di sostenerla dopo un anno circa di attività. **Elena Villani**,

Mmg della Asl 7 di Pieve di Soligo, in provincia di Treviso, fa parte delle commissioni regionali che hanno trattato, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza primaria, proprio di come accompagnare e moltiplicare le esperienze delle medicine associative. Il Veneto, giova ricordare, è stata una delle Regioni che hanno raggiunto una percentuale tra le più alte di medici associati, tra associazionismo semplice, in rete e di gruppo. Quelle Utap tanto bersagliate, cioè le Unità territoriali di assistenza primaria che la nuova riforma tenta di superare "non è altro che una medicina di gruppo - spiega Villani -. Cambia solo nel numero di ore che si mettono a disposizione dei pazienti. Mentre la medicina di gruppo prevede 7 ore di apertura dell'ambulatorio, l'Utap ne prevede 12". Quello che, però, è il vantaggio ulteriore che l'Utap garantisce ai Mmg, "approvato anni fa da tutti i sindacati - ricorda Villani - perché già codificato dagli accordi regionali per la MG almeno in Veneto, viene dal fatto che queste strutture sono di proprietà o almeno sponsorizzate dalle aziende sanitarie, il Mmg vi lavora dentro ed è responsabile sanitario di questa struttura che è materialmente dell'azienda".

### ■ L'esperienza

Villani racconta con entusiasmo della Utap che ha contribuito a rendere operativa: "La nostra struttura è stata aperta materialmente nell'ottobre del 2008 anche se il contratto è stato firmato un anno prima, prevede l'apertura per 12 ore al giorno che noi ci suddividiamo in sei medici con il supporto di due segretarie e di un'infermiera. Un tipo di organizzazione che era già viabile da parte della medicina di gruppo e che l'Utap non cambia di molto. Più del 70% dei medici nella Regione Veneto è in medicina di gruppo, rispetto a questa situazione l'Utap non rappresenta un cambiamento, né nella professione del medico né nella sua attività lavorativa, anzi io posso

assicurare di averne toccato con mano solamente i vantaggi".

L'elemento di maggiore soddisfazione che, tuttavia, sottolinea rispetto alla propria struttura, "è la passione di chi ci lavora e la soddisfazione dei pazienti. Sapendo che ogni cambiamento può creare disagi e ansia, prima di aprire l'Utap abbiamo testato il consenso nella popolazione. Pieve di Soligo, pur essendo un piccolo Paese di 16mila abitanti, conta ben 200 associazioni di volontariato riconosciute. Abbiamo cominciato da lì, convocandone i responsabili e parlando con loro della nostra iniziativa. La gente ha compreso benissimo gli elementi innovativi e positivi di questa innovazione, e tanta è stata la convinzione diffusa che ci siamo trovati ad aprire ad un anno di distanza rispetto all'accordo formale con le Asl e siamo arrivati in fondo proprio grazie alla pressione dell'opinione pubblica".

I Mmg coinvolti in questa Utap non hanno disattivato gli studi periferici, in attesa di valutare l'impatto della nuova struttura, "ma i pazienti sono molto più contenti di questa soluzione - assicura Villani - perché trovano innumerevoli servizi: possono prenotare la ricetta, la visita, evitare l'attesa, ricevere prestazioni infermieristiche, ci sono possibilità di avere nel prossimo futuro un punto prelievi e ambulatori dedicati, sia per i pazienti affetti da diabete sia per quelli in terapia con anticoagulante orale".

Perché, allora, la Regione ha stoppato l'espansione dell'esperimento? "Era scritto negli obiettivi retribuiti per i direttori generali che aprissero almeno 2 Utap per Asl, a titolo di sperimentazione - sottolinea Villani -. Assicuratisi questo risultato, questi stessi amministratori adesso hanno fatto un po' di conti e hanno deciso di non andare oltre le possibilità". Le Utap, insomma, piacciono ai cittadini ma, come tutte le forme organizzative complesse, costano di più del medico "liscio", con stetoscopio e valigetta. L'auspicio, alla luce dell'esperienza, è che gli amministratori pubblici ne tengano conto e si facciano bene i conti prima di lanciare la categoria nell'ennesima impresa a tempo determinato.