

# Riorganizzazione delle cure primarie: i dilemmi

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Le autorità nazionali insistono sul fatto che la medicina generale possa intercettare in qualche maniera una consistente parte della domanda impropria del Pronto soccorso, ma un recente documento - elaborato da Fiaso in collaborazione con il Cergas dell'Università Bocconi - pone seri dubbi su questa correlazione*

Un dilemma punteggia il testo della preintesa convenzionale. Nel prossimo lustro quale sarà la vocazione pratica della medicina generale italiana? I generalisti associati si dovranno far carico prioritariamente delle emergenze (o pseudo-emergenze) per sgravare di accessi inutili il Ps, oppure saranno chiamati a gestire l'epidemia di malattie croniche che, senza tanto clamore, monta da almeno un decennio e continuerà a crescere nel prossimo? Gli articoli della preintesa alimentano questo dilemma, che in un passaggio emerge con connotati quasi paradossali; infatti nell'articolo 4 si promuove il "potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore su 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei medici convenzionati". Sembra quasi che le malattie croniche siano assimilabili alle urgenze mentre comportano una programmazione di interventi sul medio/lungo periodo, al fine di ridurre l'incidenza di eventi acuti, complicazioni, con modalità organizzative poco attinenti all'offerta emergenziale delle h 24.

Appare perlomeno inconsueta la correlazione tra la copertura 7 giorni su 7 e la gestione delle cronicità - ribadita di recente dal sottosegretario **Ferruccio Fazio** (M.D. 2009; 13: 8; 14: 6-8) - che di norma richiede controlli cadenzati nel tempo, supportati da una forte componente paramedica e da un'organizzazione del lavoro finalizzata ad applicare gli schemi di follow-up suggeriti dai relativi percorsi diagnostico-

terapeutici assistenziali (PDTA).

Se a livello centrale i decisori pubblici sembrano incerti circa la direzione da imboccare per la riorganizzazione delle cure primarie, in periferia chi deve gestire concretamente i servizi sanitari sembra avere idee un po' più chiare. Non mancano infatti esempi di accordi integrativi regionali e di Asl (da quello piemontese del 2008 sul diabete a quello della Asl di Milano 1 del 2009) che promuovono decisamente nuovi modelli organizzativi e assistenziali centrati specificatamente sulla presa in carico delle patologie croniche ad elevata prevalenza.

Sembra invece piuttosto improbabile che la MG possa in qualche maniera intercettare una consistente parte della domanda che ora si riversa in modo improprio sul Pronto soccorso, sebbene le autorità nazionali insistano da tempo su questo obiettivo. Troppo ampio è il gap tra le dotazioni tecnologiche e professionali del Ps, in senso specialistico e super-specialistico, e le potenzialità organizzative delle cure primarie, per poter far fronte in modo professionale e corretto alle emergenze mediche sul territorio. Anzi l'apertura degli ambulatori per l'intero arco diurno potrebbe indurre nuova domanda "ordinaria" - e quindi nuova spesa - più che incanalare quella pseudo-urgente che grava sulle strutture d'emergenza.

La "potenza di fuoco" della tecnologia ospedaliera attrae utenti in proporzione diretta alla sua efficienza e non potrà essere vicariata dalle cure primarie, votate più agli aspetti relazionali "soft" tipici della cronicità e del recupero post-eventi acuti

(educazione sanitaria e terapeutica, promozione degli stili di vita, continuità assistenziale, presa in carico "olistica", supporto familiare e comunitario riabilitativo, ecc.).

Proprio per affrontare questi nodi la Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere) ha promosso in collaborazione con il Cergas dell'Università Bocconi un "Laboratorio sul governo del territorio" che nel suo primo rapporto ha preso in esame 300 indicatori di costo e di attività relativi a tredici Asl italiane, localizzate in undici Regioni e con una popolazione di oltre 5 milioni di assistiti ("La rivincita del territorio" di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli, da [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)).

Sul versante dell'analisi economica il rapporto ha documentato che la spesa sanitaria si concentra su pochi capitoli: ricoveri ospedalieri, farmaceutica e specialistica consumano più del 63% delle risorse complessive, percentuale che sale all'85% se si comprende anche medicina di famiglia, strutture per anziani e salute mentale. Nel complesso la spesa sanitaria territoriale ha superato quella ospedaliera (52% versus 48%), a dimostrazione dello spostamento del baricentro finanziario sulle patologie croniche. Il trend evolutivo dei costi, tra il 2003 e il 2006, documenta un incremento medio annuo del 3%, con una diversa incidenza tra ospedale e territorio: la spesa per ricoveri registra solo un +1%, mentre la specialistica cresce del 6%, sia per gli ingenti investimenti tecnologici sia per l'evoluzione della domanda (nuovi bisogni preventivi e consumi indotti dalla domanda dei cittadini).

## ■ Proposte e suggerimenti

Sulla base dell'analisi condotta, nel primo rapporto del Laboratorio sul governo del territorio si sono avanzati alcuni aspetti pratici per la gestione dell'assistenza primaria:

1. Investire in forme qualificate di associazionismo dei Mmg (medicini di gruppo) contribuisce a migliori risultati in termini di incremento degli assistiti in assistenza domiciliare integrata e riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale.

2. Sviluppare le strutture intermedie per anziani, per disabili e le strutture di riabilitazione ha un impatto positivo sia sulla riduzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, sia sulla riduzione dei ricoveri inappropriati.

3. La specialistica è l'ambito che sta crescendo più rapidamente e tale crescita non sembra essere sempre gestita in chiave strategica: comprendere su quale livello go-

vernare la specialistica, se in ospedale o in ambulatori sul territorio, è una delle sfide più significative cui sono chiamate a rispondere le aziende sanitarie.

Per quanto riguarda il governo del territorio, il rapporto suggerisce di passare da criteri indistinti di allocazione delle risorse ad una scomposizione dei capitoli di spesa per poter *"decodificare l'impatto sul sistema degli investimenti nei singoli tipi di servizi territoriali e privilegiare quegli ambiti di cura che si rilevano più appropriati"*. Infatti le correlazioni tra diverse funzioni e unità organizzative non sono sempre intuitive e immediate per una tipica mancanza di confini netti e di una precisa divisione dei compiti.

Per poter governare con equilibrio la complessità dell'offerta territoriale occorre superare la logica parcellare del pagamento per prestazioni *"proprio perché i servizi sono un articolato insieme di attività assistenziali legate a una visione olistica di*

*presa in carico del paziente"*. L'investimento sul territorio potrebbe rivelarsi produttivo per una riduzione dei costi, a patto però che non sia ispirato a *"ragioni ideologiche o essere rivolto indistintamente a tutti gli ambiti assistenziali all'insegna di un potenziamento dell'assistenza senza una prospettiva strategica"*. Al contrario occorre privilegiare gli *"ambiti che si rivelino efficaci in termini di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle cure rivolte ai cittadini, in un contesto di crescente razionalizzazione delle risorse pubbliche a disposizione"*.

In quest'ottica il rapporto, tra le varie correlazioni, ha preso in esame l'auspicata deviazione sulla medicina generale della domanda impropria afferente al Pronto soccorso. Ebbene la conclusione al riguardo appare netta: *"Gli investimenti in servizi territoriali volti a ridurre l'accesso al Pronto soccorso non riescono spesso a realizzare i risultati sperati, al punto che tra le due variabili non sembra esservi correlazione"*.