

L'intesa sui GCP in Piemonte non è discriminante

Paolo Bodoni

Medico di medicina generale
Coordinatore del GCP Brandizzomedica
Brandizzo (TO)

La sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie, se centrerà gli obiettivi che si prefigge, offrirà indubbie opportunità di sviluppo per tutti i Mmg della Regione e per l'assistenza territoriale

In riferimento all'articolo a firma di Monica Di Sisto dal titolo "Cure primarie tra trattative decentrate e modelli organizzativi" (M.D. 2009; 29/30: 6-8), avrei da fare alcune considerazioni in merito all'accordo per la sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (Gcp) in Piemonte, fortemente criticato dallo Sindacato Medici Italiani (Smi).

Faccio una breve premessa: in altre realtà regionali (Toscana, Emilia Romagna) sono in fase avanzata o in avvio sperimentazioni di nuove forme di organizzazione della medicina generale (MG), con ottimi risultati per i medici e soprattutto per i pazienti. Motivo per cui l'accordo firmato in Piemonte è di grande interesse per la MG e, in quanto sperimentale, non espone alla incertezza della novità tutta la categoria. Chi vi partecipa è degnamente e giustamente remunerato a sperimentare un modello che, collaudato e portato a regime, potrà rappresentare per tutti i medici di famiglia una occasione di grande crescita professionale dal punto di vista sia qualitativo sia economico.

La sperimentazione coinvolgerà inizialmente circa 20 Gruppi di cure primarie regionali. Nei prossimi sei mesi il sistema sarà disponibile ad accogliere altri 40 Gcp circa (fino a un totale per la fase sperimentale 2010-2011 di 58 Gcp, preferibilmente uno per ogni distretto sanitario). Se i risultati si dimostreranno all'altezza delle aspettative e i colleghi coinvolti si diranno soddisfatti dell'esperienza, è previsto che i benefici siano estesi ulteriormente fino a coinvolgere tutti i colleghi che desidereranno esserne coinvolti.

L'accordo è il frutto della tenacia negoziale di un sindacato che ha prete-

so che la sperimentazione, prevista dal Piano sanitario regionale, fosse adeguatamente finanziata, sfruttando le risorse trasferite dallo Stato e finalizzate alla sperimentazione di forme organizzative avanzate della medicina generale. Nell'intesa ci sono criteri di finanziamento ben definiti che garantiscono uniformità su tutto il territorio regionale.

Si afferma inoltre un principio generale e inderogabile: la medicina generale è in grado di dare una risposta appropriata ai bisogni di salute della popolazione e, in particolare, di gestire cronicità e fragilità con ambulatori dedicati e forme di medicina di iniziativa anche integrandosi con i servizi sociali e la specialistica ambulatoriale. Tutto questo richiede però personale amministrativo e infermieristico e strutture adeguate i cui costi devono essere sostenuti dal Ssn. Le pratiche amministrative e quelle burocratiche indispensabili si devono demandare al personale non medico, mentre il Mmg deve avere il tempo e gli strumenti per dedicarsi ai problemi strettamente clinici. Competenze e impegno però si devono opportunamente valorizzare economicamente. Non si tratta solamente di più ore di reperibilità per le visite domiciliari o maggior apertura degli studi, ma di una nuova e più moderna concezione della medicina di famiglia nella realtà piemontese.

■ La gestione di un rischio

Oggi chi sperimenta sa bene che accetta un rischio, perché se i risultati non fossero pari alle aspettative, alla fine del periodo previsto di circa due anni perderà gli incentivi. Un rischio che si corre perché è l'unico

modo per attirare sui Mmg l'attenzione e gli investimenti di chi decide la politica in sanità e ottenere il giusto riconoscimento per il lavoro che i medici di famiglia svolgono.

Il Mmg può decidere molto sul corretto utilizzo delle risorse e questo i politici lo sanno e hanno dimostrato, in questo caso, di volere investire concrete risorse sulla medicina generale. I Gcp sono aggregazioni multidisciplinari comprendenti una medicina di gruppo, la cui sede diventa quella di riferimento del gruppo di cure primarie, eventualmente integrata in rete con altri Mmg, un Pls, personale di studio, infermieri, una assistente sociale ed eventualmente specialisti ambulatoriali del distretto.

Il numero di assistiti coinvolti, quelli in carico ai Mmg e Pls del Gcp, possono essere compresi tra 5.000 e 15.000. Il medico di riferimento continua a essere il medico di famiglia scelto, ma l'assistito saprà di trovare nella sede del Gcp una risposta medica otto ore al giorno.

Nella stessa sede si potranno prevedere servizi utili ai cittadini: punto prelievi, distribuzione diretta dei farmaci per i quali è prevista tale modalità di dispensazione, sportello informativo per la fornitura di ausili e strumenti protesici. Inoltre la presenza di un operatore dei servizi sociali potrà consentire di fornire risposte anche a problemi di natura sociale.

Il Gcp svilupperà, con l'aiuto del personale di segreteria e infermieristico, un ambulatorio dedicato a una malattia cronica o condizione di rischio. Per la prima sperimentazione ci saranno due opzioni tra cui scegliere: la gestione del rischio cardiovascolare e quella del sovrappeso-obesità, argomenti di rilevanza clinica e sociale tutt'altro

che discutibili e superati.

Gli incentivi per il Mmg saranno naturalmente rivolti a premiare la crescita della qualità del suo lavoro e a ridurre l'onere economico per il personale e la struttura che, in base ad accordi locali, potranno anche essere forniti dalle Asl.

Si possono intuire quali prospettive apra un accordo di questo tipo. Ci si batte da tempo per ottenere le risorse che ci spettano per le funzioni fondamentali che svolgiamo. Questa è l'occasione per dimostrare ancora di più di essere professionisti autorevoli e qualificati, a cui occorre fornire gli strumenti indispensabili per poter operare. Questi i contenuti seri e importanti dell'accordo.

■ Un attacco senza senso

Come nota di contorno devo però sottolineare che è in atto un attacco senza senso, motivato forse da volontà nichiliste e di retroguardia,

da parte di chi si lamenta delle nostre condizioni lavorative, ma non riesce a proporre mai nulla di concreto. Di chi, per intenderci, possiede penne magiche, capaci di tracciare non semplici firme, ma ben più pregnanti "firme critiche". Di chi non ha mai portato neanche un euro in più alla categoria e che limita la propria attività sindacale a sostenere o criticare, secondo le opportunità, la progettualità di altri sindacati, magari più lungimiranti e vicini alla categoria.

Quando mai si era vista tanta reattività negativa per un accordo regionale che porta finalmente adeguate risorse umane ed economiche all'assistenza territoriale, anziché come al solito destinarle all'ospedale, per sperimentare un modello di cure primarie che potrà essere esteso con i suoi vantaggi a tutti i Mmg che lo vorranno? Eppure le opportunità offerte da questo accordo non devono essere considerate poi così di-

sprezzabili, visto che molti rappresentanti di altri sindacati sono stati tra i primi a richiedere di potere sperimentare un Gcp.

Certo l'intesa sui Gcp è una sperimentazione e proprio perché tale ha in sé limiti dichiarati che le sperimentazioni serie devono avere.

Ma se centerà gli obiettivi che si prefigge, offrirà indubbe opportunità di sviluppo per tutti i Mmg e per l'assistenza territoriale. Tutto ciò va misurato e ponderato alle moltissime realtà oro-geografiche della Regione, poiché tutto cambia se si lavora in centro città o nei piccoli paesi di periferia o in alta montagna. Solo con certi accordi illuminati e ponderati tutti i Mmg e Pls potranno uscire forse da questa forte difficoltà economico-professionale ed esercitare la professione che tutti noi medici di famiglia abbiamo voluto strenuamente, per cui abbiamo sofferto, e che è la "più affascinante" tra le scienze umane.