

Gli argomenti caldi della medicina generale

Gianluca Bruttomesso

Un breve e sintetico excursus per introdurre i temi e le sfide principali per l'area delle cure primarie che potrebbero essere al centro del dibattito professionale del 2010 e del confronto con la parte pubblica e le istituzioni

Ritardi nei rinnovi contrattuali, Patto per la Salute definito, ma ancora carente nel rapporto con i professionisti sono le note dolenti per il 2010 individuate da **Salvo Calì**, segretario nazionale Smi. "La parte pubblica, in particolare le Regioni - dichiara Calì - pensa di riprogettare l'area delle cure primarie attingendo da risorse contrattuali, ma ciò è impossibile". Secondo Calì bisogna intervenire in maniera significativa sulla convenzione, definita "debole", aggiungendovi risorse a livello centrale ed evitando il "fai-da-te", derivante dal fatto che alcune Regioni sono economicamente e organizzativamente più avanzate di altre. Il segretario Smi sostiene che occorre rendere comune lo standard delle prestazioni a livello nazionale tramite una forte normazione centrale, non per espropriare le Regioni delle loro funzioni, ma per fissare alcuni capisaldi importanti come accade già per gli ospedali, dove il contratto della dirigenza dei medici è omogeneo. La sfida è la riorganizzazione delle cure primarie, perché è collegata alla longevità, al conseguente aumento delle cronicità e a una domanda di salute in incremento nella fascia d'età più avanzata.

Anche secondo **Fiorenzo Corti**, responsabile nazionale comunicazione Fimmg, dopo la stipula degli accordi collettivi nazionali, il primo obiettivo del 2010 è chiudere velocemente la nuova convenzione "per dare un segnale a tutti di recupero del ritardo cronico nei rinnovi contrattuali". Fimmg punta sulla promozione di un intervento legislativo che vada verso la "rifondazione della MG", già da tempo definita dal sindacato. Per Corti è

necessario lavorare per promuovere il finanziamento dei fattori produttivi dell'assistenza primaria, tuttora interamente in capo al singolo professionista, oggi una delle figure più deboli della categoria. Ridisegnare l'assistenza primaria significa realizzare interventi nella cosiddetta medicina di iniziativa e nei servizi di prevenzione. "Si tratta - spiega Corti - del completamento dell'attività *on demand* dei Mmg con attività programmate come quelle della medicina di iniziativa, per gestire le patologie croniche". Non da ultimo occorrerà stabilire finalmente una figura contrattuale, quella del medico di famiglia, all'interno della quale il professionista con scarso numero di scelte può raggiungere una soddisfazione di tipo economico-contrattuale anche attraverso un impegno orario all'interno della continuità assistenziale o della medicina dei servizi nelle realtà di tipo distrettuale e, infine, si dovrà parlare di informatica, ovvero dell'applicazione delle reti nelle Regioni che ancora non ne sono dotate.

Un processo involutivo

Secondo **Massimo Bisconcin**, segretario nazionale Aimef, la medicina di famiglia sta subendo un "processo involutivo continuo", in modo particolare di "industrializzazione": la medicina di famiglia infatti si è trasformata in assistenza primaria, dove la persona conta sempre meno e la massa conta sempre più e i medici, volenti o nolenti, hanno subito questo processo, che non solo non si è arrestato, ma è andato via via aggravandosi con la complicità o l'insipienza dei rappre-

sentanti di categoria I medici di famiglia per Bisconcin sono servi di due padroni: da un parte il paziente, dall'altra il sistema sanitario ed è quindi necessario trovare difficili equilibri fra tre poli: professionisti, bisogni degli assistiti e morsa dei gestori. "Per usare bene le risorse messe a nostra disposizione - sottolinea il segretario Aimef - dobbiamo essere adeguatamente preparati sulle linee guida e sull'appropriatezza prescrittiva".

Gli standard

La Simg punta tutto sulla qualità. Il vicepresidente **Ovidio Brignoli** dichiara che nel 2010 tutte le attività della società saranno concentrate sui temi della *governance* e della qualità nell'erogazione delle cure. Su come sia possibile realizzare una medicina di qualità ripartita su tutte le varie aree, per esempio quella ortopedica o diabetologica, che riguardano il medico di famiglia. Parole chiave di tale percorso saranno: qualità delle cure, *accountability*, capacità di presa in carico.

Snamid punta sull'integrazione fra medicina generale e specialistica per quanto riguarda i percorsi di cura. "Dopo anni in cui si è parlato solo di medicina di gruppo e quindi di provvedimenti di tipo strutturale - spiega **Marco Cambielli**, segretario nazionale Snamid - finalmente si comincia a parlare anche di processo, un aspetto fondamentale nel percorso della qualità e quindi di modalità di relazione coi diversi soggetti che interagiscono al servizio del paziente, che vanno integrati ricercando riferimenti sui quali valutare e orientare il lavoro

del Mmg". Secondo Cambielli occorre stabilire un'adattabilità delle linee guida alla medicina generale, definendo standard prodotti dalla medicina generale stessa, sulla base dell'esperienza e della verifica, a cui potrebbe essere legato un nuovo modello di retribuzione: quello che si chiama *pay for performance*, che ha dato buoni risultati in Inghilterra e negli Usa.

■ Le aggregazioni

Secondo Salvo Calì in Italia inoltre occorre conciliare l'esigenza di una forte organizzazione, anche attraverso la medicina di gruppo, con un grande patrimonio rappresentato dalla capillarità della presenza sul territorio. Se, come previsto, si comincerà a strutturare meglio la medicina associata, ciò dovrà essere pensato non solo con la logica di intercettare la domanda del Pronto soccorso, ma, anzi, con l'idea di

poter rispondere alle domande di cronicità. Tuttavia non è possibile riorganizzare le cure primarie con le risorse del contratto e quindi occorre uscire innanzitutto da una retribuzione da precari. Poi sarà possibile definire i vari modelli di aggregazione.

Sergio Bernabè, membro del consiglio direttivo di Csermeg, per esempio proprio in tale contesto mette l'accento sul modello di aggregazione piemontese, i "gruppi di cure primarie".

"La Regione Piemonte - sintetizza Bernabè - ha deliberato un progetto sperimentale di aggregazione multiprofessionale della medicina di gruppo, una nuova formula che vede la presenza di funzioni distrettuali, degli enti gestori e dei servizi sociosanitari".

Si tratta di un progetto che si concluderà a fine 2011 con l'avvio di 54 gruppi, uno per distretto, per valutare i ritorni sia in termini di servi-

zi erogati sia di costi, che di qualità, con un obiettivo fondamentale: l'apertura di un ambulatorio orientato al rischio cardiovascolare, una delle emergenze territoriali.

"Csermeg farà il punto su queste realtà - dichiara Bernabè - e soprattutto cercherà di capire attraverso il confronto con i colleghi ed esperti internazionali, quali sono gli indicatori di appropriatezza dei servizi erogati dai gruppi di cure primarie". L'argomento permetterà di trattare il problema dell'*accountability* della medicina del territorio, la capacità di descriversi nella sua attività, negli obiettivi che riesce a raggiungere, nei costi prodotti. "Il test piemontese - conclude Bernabè - potrebbe far emergere risultati interessanti sotto gli aspetti organizzativi e infrastrutturali. Ne deriverebbe una modalità appropriata di fornire servizi territoriali". Il 2010, secondo Csermeg, potrebbe essere dunque l'anno della sperimentazione.