

## Specialistica ambulatoriale: nuova risorsa per il territorio?

*Come si può vincere la sfida della sostenibilità per il Ssn, con un occhio al taglio delle liste d'attesa ospedaliere e un altro alla non lievitazione dei costi, a fronte di una cronicità che si aggrava nel Paese? Come riuscire in questo obiettivo senza infliggere al sistema uno strabismo anch'esso cronico? C'è un incastro che al momento è ancora poco esplorato, ma avvertito come decisivo da una porzione crescente di addetti ai lavori: quello tra medici di medicina generale e specialisti convenzionati. Il Sumai, sindacato di categoria degli specialisti ambulatoriali, ha imboccato questa direzione. Molti però restano gli interrogativi inerenti agli esiti di tale scelta.*

Monica Di Sisto e Anna Sgritto

In occasione delle trattative in corso per il rinnovo della Convenzione, il Sumai ha rafforzato al proprio interno un'area specifica per la medicina generale (MG) affidandone la responsabilità a un veterano della contrattazione di quest'area: **Mauro Martini**, ex presidente Snam. In merito però ci si chiede se ci sia davvero posto per la specialistica ambulatoriale nelle cure del territorio che verranno e inoltre quale sia il livello di integrazione equilibrato con la MG, affinché il nuovo sistema non rappresenti una scopiazzatura polverizzata (e per questo ancor più insostenibile) dell'ospedale.

Tra le forze sindacali, soprattutto in occasione delle ultime due tornate della contrattazione, c'è stato uno scambio intenso di carte, triangolato sulla Sisac, per attribuire uno spazio adeguato alla specialistica. La Sisac sul tavolo del rinnovo in corso si è posta per essa due obiettivi: il rafforzamento di funzioni e competenze attraverso la figura del responsabile di branca e il coinvolgimento programmato del settore nell'assistenza domiciliare con un deciso potenziamento della diagnostica di base. Ma le posizioni della MG, rispetto a questo percorso, sono abbastanza differenziate tra loro.

**Fimmg**, nel testo sulla rifondazione della medicina generale che tre anni fa ha aperto le porte del sindacato maggioritario alla sfida dell'integra-

zione professionale, individua per queste competenze uno spazio ben preciso. Con la creazione delle Unità territoriali di assistenza primaria (o Utap), si prefigurava infatti un'assistenza al cittadino 24 ore su 24 grazie allo sviluppo dell'integrazione con gli altri operatori del servizio regionale, a partire dagli specialisti ambulatoriali. Si doveva, cioè, procedere, all'individuazione di forme di collaborazione con la specialistica, inclusa quella ospedaliera, con previsione di incompatibilità di collocazione dello studio professionale del Mmg in contesti di concorrenza con il Ssn. Con una dose di realismo però, al tavolo per il prossimo rinnovo, Fimmg pur non rinunciando all'ambizioso obiettivo di medio periodo della costituzione di queste o altre unità, suggerisce l'istituzione a breve termine di Unità Semplici di Medicina Generale (Usmg) composte da soli medici di medicina generale.

**Snam**, nel documento sulla riorganizzazione del settore sulla Medicina Distrettuale di Continuità (progetto Me.Di.Co), proprio come Fimmg scommetteva in prima battuta sul Mmg, al quale spettava la responsabilità di riappropriarsi delle specifiche competenze della MG sottrattegli dalla proliferazione dei costosi centri specialistici. Come fare? Gestendo direttamente le cronicità, realizzando nel proprio studio una serie di azioni mirate alle patologie croniche,

riducendo progressivamente il carico burocratico e accorciando le liste di attesa senza dimenticare, anzi rafforzando, la prevenzione.

**Smi**, dal canto suo, nella passata come nell'attuale tornata di trattative, ha assunto una posizione diversa, affermando esplicitamente che la Specialistica ambulatoriale interna dovesse entrare a pieno titolo nel dipartimento delle Cure Primarie, per un completo coinvolgimento nell'assistenza territoriale, prevedendo orari aggiuntivi dedicati ai codici bianchi, all'ADI e all'ADP.

Smi ritiene, infatti, indispensabile prevedere da subito che a questa crescente responsabilità funzionale debbano corrispondere, nel progetto di riordino del sistema, il riconoscimento ai professionisti della loro capacità di gestire il nuovo e di adattarlo alle esigenze dell'utenza e alle risorse del servizio, non più solo nell'ambito del proprio studio, come da sempre sono abituati a fare, ma nell'orizzonte più vasto della comunità con la revisione del rapporto di lavoro dei medici addetti e l'introduzione del ruolo unico per tutti i medici convenzionati.

Una proposta del tutto peculiare, che addirittura ricapitola al Mmg specifiche competenze specialistiche, è stata lanciata in ambito scientifico qualche anno fa da AIMEF che, sulla scorta di esperienze relative al mondo anglosassone ha proposto la sperimentazione anche a casa nostra del modello

del *General Practitioner with Special Interests* (GPwSI), ovvero il "medico di famiglia con interessi clinici speciali". Un nuovo profilo per il Mmg che, oltre a svolgere le funzioni tradizionali del suo ruolo, avesse anche un particolare interesse (e quindi competenze) in un'altra disciplina di alta prevalenza quali l'area cardiovascolare, respiratoria, reumatologico-ortopedica, dermatologica, ecc. Nel Regno Unito questa nuova figura è passata dalla cultura alla pratica grazie alla convenzione nazionale nella quale le sue "particolari competenze" sono messe a disposizione dell'utenza degli ambiti distrettuali. In Italia, a livello istituzionale, la nuova figura è stata considerata per la prima volta con il vecchio accordo integrativo regionale per la medicina generale in Veneto che ha introdotto, nell'ambito delle Utap e dell'assistenza domiciliare, la possibilità per le aziende di avvalersi di prestazioni di primo livello relative ad alcune specialità coinvolgendo il Mmg, con "speciale vocazione". Un modello che, però, non ha fatto grandi proseliti nel resto d'Italia.

### La nuova proposta Sumai

Sul tavolo della Convenzione c'è, però, chi sta sostenendo con particolare energia che il futuro della medicina territoriale dovrà trovare sotto lo stesso tetto le due figure: gli specialisti e i Mmg. "L'intento con il mio arrivo - spiega a M.D. **Mauro Martini**, conquistato dalla MG in senso stretto a questa nuova avventura di rete - è quello di far crescere in associazione quella quota di Mmg che devono portare il loro contributo al territorio. Dico "devono" perché il territorio dovrà sempre più costituire un modello di contrapposizione al vecchio schema ospedaliero, un polo sanitario che sia autonomo grazie all'unione con degli specialisti vocati al territorio". Quello a cui pensa Sumai non è una condivisione non necessariamente strutturale e strutturata degli ambulatori, ma una stretta collaborazione di tipo professionale che sottragga gli specialisti all'ospedale anche sul piano amministrativo. "Vogliamo che gli specialisti ambulatoriali non dipen-

dano più dalle Aziende ospedaliere - sottolinea Martini - ma che si crei un fronte comune intorno ad un polo sanitario che dovrà farsi carico della cronicità attraverso una progettazione comune". Si corre, però, contro il tempo, secondo Martini "creando le basi perché si realizzi una collaborazione paritetica tra le figure professionali del Mmg e del "sumaista" prima che qualcuno che non capisce bene come questo si possa realizzare chiuda una cornice normativa che possa pregiudicare questo risultato". Sumai, nelle sue "Linee guida sulla specialistica territoriale convenzionata interna" propone, a partire da quello che già c'è nel Paese, 4 modelli di Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche (Afts) che paiono a suo giudizio più appropriati per categoria e pazienti.

#### 1. Poliambulatori Specialistici Territoriali

Almeno uno per distretto, vi operano gli Specialisti ambulatoriali e gli Psicologi convenzionati interni che svolgono, attraverso le previste "aggregazioni funzionali" (Afts), la loro attività di consulenza, secondo precise modalità organizzative anche di assistenza integrata e che si svolgono in gran parte mediante prenotazione attuata con diverse modalità (Cup, da parte dello specialista, dagli studi dei Mmg e Pls).

#### 2. Ambulatori Territoriali Integrati

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 collegata alle reti informatiche aziendali, vi operano Mmg e/o Pls, Specialisti ambulatoriali e Psicologi convenzionati interni e personale infermieristico. Si svolgono qui visite ambulatoriali, analisi diagnostiche di primo livello (da tecnologie elementari fino alla telemedicina), consulenze specialistiche eseguite da medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni afferenti a tali strutture, prestazioni infermieristiche.

#### 3. Attività presso gli studi dei Mmg e Pediatri di libera scelta

I medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, riuniti in associazioni, svolgono la loro attività professionale anche in studi medici collocati in sedi diverse ma, secondo Sumai, devono essere collegati tra loro e con il poliambulatorio specialistico territoriale pubblico tramite una idonea rete informatica (medicina in rete). In queste strutture si può prevedere la presenza degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni anche in regime di reperibilità.

#### 4. Attività presso i Presidi Territoriali di Prossimità (Ptp)

Il Presidio Territoriale di Prossimità (Ptp) 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. Sono ambulatori distrettuali gestiti dai medici di continuità assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture individuate dalle aziende sanitarie. Nel Ptp si deve prevedere l'istituzione di turni di medicina specialistica ambulatoriale interna di "specialistica e primo soccorso" per alcuni gruppi di patologie. L'agibilità di questi modelli come alternativa alla rete ospedaliera è possibile, ma richiede nell'ambito della prossima Convenzione forti investimenti di contenuti e di risorse. È necessario, poi, lavorare bene sull'integrazione per evitare che alle sovrapposizioni di competenze tra ospedale e territorio si aggiungano anche quelle tra medici di medicina generale e sumaisti. La soluzione? Una chiara differenziazione dei compiti professionali. Saranno in grado Sisac e sindacati di disegnare questa differenziazione dei compiti professionali nei dettagli entro le prossime elezioni regionali o sarà tutto rimandato al prossimo tavolo negoziale?

In M.D.webtv è disponibile un'intervista sull'argomento al Dottor Mauro Martini  
[www.mdwebtv.it](http://www.mdwebtv.it)