

## Cure primarie tra presente e prospettive future

**Gianluca Bruttomesso**

*L'eredità lasciata dall'Acn per la medicina generale del 2005, le innovazioni e le specificità della convenzione siglata a maggio 2009 e già scaduta sono temi di approfondimento di un capitolo del Rapporto Oasi 2009 che mettono in risalto le trasformazioni in atto del ruolo del Mmg nel Ssn*

Si intitola "Nuovi scenari per le cure primarie: quali implicazioni manageriali alla luce dell'attuale convenzione?" il capitolo dedicato alla medicina generale del Rapporto Oasi 2009, realizzato dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas), capitolo redatto da Emanuele Vendramini, ricercatore del Cergas e direttore del *Master of Public Management*, SDA Bocconi. Secondo quanto vi si legge, dal territorio verrebbero segnali interessanti, in modo particolare dall'attuale convenzione dei Mmg, dove l'affiancamento alle forme di lavoro in comune già previste ad alcune soluzioni meno ambiziose potrebbe consentire il graduale decollo dell'associazionismo.

Il 27 maggio 2009, quando è stata siglata la convenzione per il quadriennio 2006-2009, la medicina generale si presentava con un'ampia varietà di soluzioni organizzative più o meno evolute: dai super gruppi e le super reti pugliesi, alle forme associative miste calabresi e laziali, a Regioni che avevano abolito le medicine in associazione come Liguria e Umbria. La Toscana costituiva un'eccezione in merito alla considerazione delle cooperative: entità incentivabili e controparti per la definizione di progetti e accordi con le Asl. Queste diversità sono testimoniate anche da una diversa terminologia adottata dalle Regioni: per esempio, in Emilia Romagna le équipe territoriali sono denominate nuclei di cure primarie e in Lombardia gruppi di cure primarie. Nel Rapporto si evidenzia innanzitutto che la declinazione regionale dell'art. 26 della convenzione 2005 relativo all'istituzione di équipe territoriali e Utap non sem-

pre ha trovato spazio negli Air (accordi integrativi regionali), tanto che tali istituti non sono presenti in molte Regioni. Se quindi da un lato l'art. 26 è rimasto disatteso in molte Regioni, dall'altro la vera novità dell'Acn 2005 è l'obbligatorietà tra i compiti del medico dell'adesione ai progetti aziendali-distrettuali relativamente a tetti di spesa, appropriatezza e governo clinico (art. 45 comma 3 lettera d). Questo da un lato permetterebbe di coinvolgere tutti i medici di famiglia (anche quelli che magari alla formazione aziendale non partecipano e/o sono meno attenti alle sperimentazioni o alle progettualità dell'Asl); dall'altro, stante l'obbligatorietà dell'adesione, offrirebbe la possibilità di spostare gli incentivi dall'adesione al progetto all'effettiva verifica dei risultati (*outcome*).

L'unico dato disponibile a livello nazionale, che dà la possibilità di identificare il grado di attuazione - numerica e geografica - della convenzione 2005 e dei suoi principali istituti sono gli accordi integrativi aziendali, ma di fatto, secondo i dati riportati dal Rapporto, solo 75 aziende su 176 hanno stipulato un accordo locale. "La scarsa diffusione degli accordi aziendali", afferma Vendramini, "può essere legata alla complessità del processo di costituzione delle équipe territoriali insieme a una certa difficoltà organizzativa. Alternativamente, è possibile che a livello aziendale il governo delle cure primarie sia ritenuto di non primaria rilevanza rispetto ad altri obiettivi". Nelle realtà in cui vi è una scarsa diffusione delle sperimentazioni, infatti, possono essere altre le priorità su cui si sono concentrati gli sforzi delle Asl, per esempio i piani di rientro in Sicilia e Campania, la

ridefinizione della rete di offerta ospedaliera o la riorganizzazione complessiva del sistema regionale in un'ottica di accorpamento delle aziende come è avvenuto in Piemonte e Puglia.

### L'associazionismo

Considerando l'Acn 2005, il tema dell'associazionismo nella medicina generale risulta legato sostanzialmente a tre categorie di forme: quelle obbligatorie, quali le équipe territoriali (art. 26); quelle facoltative e incentivate (art. 54 comma 3 lett. a); quelle facoltative, in cui è vietato erogare prestazioni sanitarie, che non sono oggetto di incentivazione (art. 54, comma 3 lett. b).

Nell'Acn 2009, l'associazionismo è trattato negli articoli 26 e 54 e, secondo quanto rilevato nel Rapporto del Cergas, le novità sembrano essere di un certo rilievo. In merito alle forme associative obbligatorie (artt. 26, 26 bis e 26 ter), la convenzione ripresenta sia le équipe territoriali, intese come legami funzionali, confermate come vincolanti alla luce dell'art. 45 e costituite dalla molteplicità degli operatori delle cure primarie, sia le Utap, intese come legame strutturale con sede fisica unica e condivisa tra le varie componenti e confermate come sperimentazioni gestionali. A queste si aggiungono due nuove modalità associative, sempre obbligatorie (artt. 26 bis e ter): le aggregazioni funzionali e le Unità complesse di cure primarie (Uccp), definite come obbligatorie alla luce dell'art. 45 lett. a1 comma 4. Vi sono dunque tre forme associative obbligatorie (équipe territoriale, aggregazioni funzionali e Uccp) la cui declinazione pratica

delle modalità operative e delle implicazioni organizzative, nonché delle specificità assistenziali (stante comunque l'apertura 24 ore su 24 delle Uccp) è affidata agli Air.

Le aggregazioni funzionali rappresentano il livello base del modello organizzativo, essendo composte da Mmg tra cui è nominato un coordinatore. Il loro obiettivo è coinvolgere tutti i medici di famiglia, raggruppandoli in legami funzionali su progetti specifici, quali la domiciliarità o i percorsi.

Il secondo livello di integrazione è quello delle Uccp, mentre il terzo è costituito dalle équipe territoriali, che aggiungono alla rete altre professionalità, eroganti prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e assistenza specialistica ambulatoriale (non necessariamente convenzionata interna). Gli accordi regionali, ma soprattutto quelli aziendali, dovranno definire i criteri di inclusione e attribuire a ciascun medico la forma associativa ritenuta più appropriata.

*“La parte relativa alle forme associative obbligatorie - afferma Vendramini - è forse la principale innovazione presentata dall'attuale convenzione, che di fatto «abolisce» il medico che opera da solo nel proprio ambulatorio”.*

### ■ I PDTA: strumenti di integrazione

L'attuale convenzione identifica nei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) lo strumento privilegiato di integrazione dei diversi attori delle cure primarie. Specificatamente, secondo Vendramini *“si può dire che il successo pieno delle forme associative risiede proprio nella capacità a livello distrettuale di sviluppare e implementare i percorsi”.* In tal senso nel Rapporto Oasi si auspica una piena diffusione delle logiche del *Chronic care model*, un approccio che non solo coinvolge i medici di medicina generale, ma è legato alla medicina di iniziativa e vede un crescente ruolo del personale infermieristico territoriale da un lato e dell'*empowerment* del paziente dall'altro.

### ■ Gli interrogativi aperti

Diversi sono gli interrogativi che rimangono aperti sul futuro della medicina generale, secondo quanto scrive Vendramini nel Rapporto 2009 del Cergas: innanzitutto la tempistica degli Accordi integrativi regionali e i loro contenuti in termini di declinazione degli articoli

26 citati; in secondo luogo la diffusione degli Accordi integrativi aziendali e quindi la realizzazione del disegno convenzionale; infine la capacità delle aziende sanitarie e, in particolare, dei distretti, di governare le cure primarie e quindi di procedere alla definizione dei contenuti di responsabilità delle nuove aggregazioni funzionali e delle Unità complesse di cure primarie.

*“Probabilmente la vera minaccia - annota Vendramini - è rappresentata dalla durata stessa della convenzione”,* che di fatto è scaduta il 31 dicembre 2009 e le nuove trattative di rinnovo appaiono molto concitate.

*“Dal punto di vista economico-aziendale - conclude lo studioso - la negoziazione di una nuova convenzione dovrebbe essere preceduta da una serie di survey in grado di mappare i risultati delle sperimentazioni gestionali in corso e di valutare l'efficacia o il rapporto costo-efficacia delle risorse utilizzate, per esempio per alcune forme associative o per le prestazioni di particolare impegno professionale”.* E da ultimo Vendramini auspica che *“le riforme, in particolare all'interno di organizzazioni professionali ultracomplesse, non avvengano per legge”.*