

Cure primarie e organizzazione: la parola al Veneto

Cooperazione sociale o tecnologia? Oppure un sapiente mix dei due elementi, partendo dalla pratica, ma anche dalla riflessione dei Mmg? Il Veneto si conferma uno dei terreni più fertili per le sperimentazioni in medicina generale, ospitando due esperienze pilota: la prima incentrata su un progetto di Fimmg Veneto e Federsolidarietà, federazione nazionale delle cooperative sociali, la seconda su una proposta del Consiglio regionale Simg.

Gianluca Brutomesso e Monica Di Sisto

Organizzare i Mmg in cooperative sociali, per la fornitura dei fattori di produzione, con la prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria e nel frattempo proporre all'amministrazione anche un balzo in avanti nell'informatizzazione, a partire dall'esperienza sulla cartella elettronica già sperimentata, su base volontaria, dai medici Simg. Sono queste due innovazioni imminenti che confermano il Veneto come spazio avanzato dell'innovazione in MG. Fimmg Veneto e Federsolidarietà, innanzitutto, hanno annunciato in un recente convegno tenutosi a Vicenza dal tema "Sviluppo delle forme organizzative, qualificazione e governance dei servizi di assistenza primaria", organizzato da Kéiron, un'associazione locale di medicina generale, il lancio di un progetto per la creazione di cooperative sociali di MG per offrire servizi socio-sanitari integrati ai propri pazienti, godendo di maggiori agevolazioni fiscali e consentendo ai medici di diventare veri "registri" dei propri collaboratori (infermieri o personale di studio). Federsolidarietà e Fimmg stanno anche studiando un percorso di formazione degli assistenti di studio e degli infermieri professionali, figure che dovranno svolgere rigorosamente compiti diversi, realizzando una sorta di "master" di assistenza primaria territoriale. La Fimmg provinciale, da parte sua, si impegna a costituire un elenco dei medici che possono collaborare con le cooperative. Le realtà che ne nasceranno non saranno tutte uguali, ma sarà proposto un modello base al quale si potranno adattare sia le Utap già costituite sia le medicine di gruppo che si andranno a creare. Un

altro patto riguarda la copertura finanziaria: le cooperative si dovranno realizzare con le risorse del sistema sanitario regionale, non con quelle del singolo medico, con una seria razionalizzazione dei contributi. La collaborazione con la cooperativa sociale, infine, potrà essere di due tipi: i medici potranno diventare soci della propria coop o stipulare con essa un contratto. In ogni caso risparmiando sui costi di gestione.

Domenico Crisarà, vice segretario nazionale Fimmg della continuità assistenziale, approva la scelta: "Non si può concepire una rifondazione della MG che divida la professione dai fattori produttivi, senza tenere conto di chi li gestisce. Il medico diventa imprenditore: non solo un clinico, ma colui che fa la politica del suo studio. Il fatto di avere una segretaria, un'infermiera, un'attrezzatura propria gli consentirà di esercitare la professione secondo le sue idee e la sua formazione". Crisarà plaude anche alla formula della cooperativa sociale: "Se fosse stata la Asl a fornire tutti questi fattori, il personale di studio avrebbe avuto come punto di riferimento l'azienda sanitaria e non il Mmg. Saremmo rimasti al tipo di criticità che caratterizza, per esempio, la *general practice* inglese, dove il ruolo del medico è marginale rispetto alla governance del sistema".

■ Elettronici domani? Si può

Esiste però un'altra strada, "leggera" e digitale, per cominciare a separare la retribuzione dei medici dalle spese necessarie alla gestione della struttura ambulatoriale, associando alla quota capitaria meccanismi di compensazio-

ne economica legati da un lato alla complessità assistenziale dei pazienti in carico, dall'altro ad alcune *performance* misurabili rispetto a indicatori e standard di processo predefiniti, documentabili e valutabili "in chiaro". La propone Simg Veneto che offre l'esperienza della banca dati *Health Search* come strumento di base per una nuova cartella clinica informatizzata, che nel Veneto ancora non è attiva, strutturata in modo da rendere rapidamente disponibili, nel corso della visita, le informazioni relative a ogni singolo assistito, supportando l'assistenza con procedure automatiche di organizzazione dei dati che facilitino il medico nel monitoraggio dei propri assistiti e nel partecipare a programmi di prevenzione. I dati potrebbero essere organizzati e resi disponibili senza ulteriore lavoro sia per la loro trasmissione alle agenzie regionali, secondo gli accordi definiti, sia per favorire la partecipazione a progetti di formazione, ricerca e a percorsi di miglioramento della qualità professionale.

Oggi nella gran parte delle Asl del Veneto, salvo eccezioni (Padova) non è attivo il trasferimento elettronico dei referti e i Mmg alimentano i propri archivi manualmente e con procedure di scannerizzazione.

L'integrazione dei dati, la costruzione di data-set di informazioni essenziali destinate al *patient summary*, le prenotazioni automatiche, una gestione dei dati legati all'attività di assistenza domiciliare di pazienti con problemi clinico-assistenziali complessi, rappresentano secondo Simg Veneto altrettanti ambiti di sviluppo per raggiungere obiettivi di efficienza nel servizio tali da giustificare gli investimenti per

una rete informatica integrata. Finora i patti aziendali, nella maggioranza dei casi, hanno riconosciuto incentivi a fronte di obiettivi di risparmio di spesa, per lo più farmaceutica, senza la necessaria valutazione del *case-mix* del singolo medico, dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi e del raggiungimento di obiettivi di salute. Simg propone un avvio di sperimentazioni di Patti (locali, di area vasta e/o regionali) che prevedano l'introduzione di forme di *"pay for performance"*, valutata anche elettronicamente in base alle prassi consolidate in casa Simg, rappresenterebbero secondo la società scientifica uno stimolo ad attivare percorsi di miglioramento della qualità professionale dell'assistenza, ma secondo Simg "è necessario che i patti prevedano l'adozione di indicatori e standard realmente predittivi e, soprattutto, la definizione dei percorsi attraverso i quali migliorare le performance, individuando le criticità e le misure che si intendono adottare per superarle".

■ Luci e ombre

In Veneto, dove dunque si sono già sperimentate nuove forme di assistenza primaria tramite l'organizzazione della medicina di gruppo, i buoni ri-

sultati già si sono già palesati.

Lorenzo Adami, segretario regionale di Fimmg Veneto, cita per esempio quelli di Padova: "In città abbiamo registrato 10mila accessi in meno al Pronto soccorso in un anno. Abbiamo cioè appurato che laddove il medico lavora in associazione e lo fa bene, nell'utenza di quel gruppo si ha la riduzione di accessi al Pronto soccorso poiché il Mmg diventa il vero interlocutore dei bisogni". Per questo motivo Adami ha approvato il modello di rete dove il medico di famiglia condivide completamente e in modo omogeneo le informazioni relative al paziente con tutti i colleghi.

Permangono però tra i medici dubbi sulle prospettive della professione in queste nuove forme di assistenza primaria. **Stefano Ivis**, del consiglio direttivo di Fimmg Padova, spiega che, secondo quanto emerso da un'indagine effettuata tra alcuni colleghi, "nella ristrutturazione occorre stare attenti a non fare della medicina di famiglia un 'bonsai' di quella ospedaliera. La medicina specialistica è diversa da quella generale, ma possiamo integrare i nostri compiti, arrivare a lavorare insieme". Ivis sostiene che i Mmg debbano qualificare il proprio mandato, elaborando obiettivi che rientrino nella professione alla luce delle diverse tipolo-

gie di pazienti: "Dobbiamo saper definire le priorità. Tipi di pazienti diversi tra loro si aspettano da noi modalità di approccio differenti. Non potremo scegliere fra tutte le variabili". Ecco perciò una serie di domande a cui bisognerà dare risposta quanto prima possibile: che cosa è più importante, per esempio, per il cittadino, la riduzione dei codici bianchi o la prevenzione delle fratture nell'anziano, secondo le linee guida? È prioritario inserire le Utap nelle sedi di ospedali dismessi o connettere in rete le organizzazioni dei Mmg? O ancora: perché il professionista non sviluppa l'Adi, che per lui è anche una fonte di guadagno?

"Con le nuove forme di medicina generale - sintetizza Ivis - entriamo in un meccanismo in cui dobbiamo avere chiaro quali sono le priorità. E qualunque attività si decida di svolgere, occorrerà sempre più e meglio comunicarla al paziente, per poi capire il suo grado di soddisfazione e dove migliorarla. Insomma, se si porta l'organizzazione negli ambulatori, occorre poi sottoporsi alle sue regole. Per fare ciò però abbiamo bisogno di aiuti, di un *management* che sostenga questi percorsi, che ci dia una mano ad andare in questa direzione, secondo precisi obiettivi di tipo scientifico, organizzativo e gestionale".