

La medicina del territorio che verrà

Gianluca Bruttomesso

Dallo studio dei dati di costo e di attività di un campione di 13 aziende Asl, rappresentative dell'intera realtà italiana, oggetto di un'indagine congiunta Fiaso- Cergas Bocconi, vengono individuati tre set di possibili scenari futuri per la medicina del territorio: il primo relativo alla geografia dei servizi, il secondo si delinea dall'approfondimento relativo alla definizione di case manager e di caregiver e il terzo si focalizza sulla prevenzione

È giunto il momento di organizzarsi per le cure primarie: "Chi farà la prima mossa - sostiene **Francesco Longo**, direttore del Cergas, il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi di Milano - ne trarrà i maggiori benefici, mentre i Mmg che staranno sulla difensiva tra qualche anno rischieranno seriamente di essere penalizzati". È in sintesi quanto emerge da uno studio condotto dal Cergas in collaborazione con Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), per un anno, tra il 2007 e il 2008, sui sistemi di 13 aziende sanitarie locali. Qual è dunque lo stato del governo del territorio nelle aziende sanitarie in Italia? La conclusione a cui arriva Longo è questa: "Il sistema di programmazione e controllo è maturo dentro il perimetro dei dipendenti del Ssn. Ma ciò che manca è estendere il sistema ai convenzionati e ai privati accreditati, presso i quali è più fragile, anche se si è attrezzato, ma non è ancora arrivato a raggiungere i medici di medicina generale. È necessario arricchire il portafoglio delle proprie prestazioni, renderlo più visibile e quindi più misurabile. Gli fa eco **Francesco Ripa di Meana**, direttore generale dell'Ausl di Bologna: "La ricerca evidenzia che la grande sfida è mettere l'accento sul ruolo dei professionisti in una fase in cui - anche quelli convenzionati, come i Mmg - trovano una relazione nuova con l'azienda sanitaria e organizzazioni proprie, come le Utap o i Nuclei di cure primarie. L'apertura dello strumento di budget al tema del governo clinico e alle relazioni fra i professionisti può diventare l'elemento futuro che

permetterà di attribuire obiettivi e valutare le *performance* anche dei generalisti, collegandole a quelle aziendali e, allo stesso tempo, responsabilizzando maggiormente i medici dipendenti alla relazione corretta coi Mmg".

Lo studio

I risultati dello studio - presentato di recente a Milano, pubblicato nel volume "Organizzare la salute nel territorio", di Francesco Longo, Domenico Salvatore e Stefano Tasselli, edito da Il Mulino - rilevano una media di 200 ricoveri ospedalieri ogni 1.000 abitanti, un tasso di ospedalizzazione piuttosto alto, anche se Asl situate in contesti metropolitani, con una maggior offerta di strutture, presentano tassi più elevati. Il 66% dei costi medi per residente è rappresentato da soli tre ambiti assistenziali, ovvero i ricoveri ospedalieri, per il 39%; la farmaceutica, per il 15%; la specialistica, per il 12%. Se si considerano anche la medicina di famiglia, le strutture per anziani e la salute mentale, la percentuale sale all'85%. L'ospedale (ricoveri + Pronto soccorso) assorbe il 44% delle risorse, mentre il territorio, comprensivo della specialistica ambulatoriale (che è l'ago della bilancia tra i due mondi), è l'ambito più "ricco", col 56%. Ma è la specialistica che, nel corso dell'indagine, ha visto lievitare i suoi costi del 6%. Per quanto riguarda, invece, gli indicatori relativi ai ricoveri ospedalieri (codici bianchi nei Ps compresi) e all'assistenza territoriale, essi variano molto tra azienda e azienda. In ogni caso, la ricerca ha stabilito che laddove aumenta la spesa territoriale, diminuisce quella ospedaliera e che la medicina di famiglia rappresenta ancora la porzio-

ne più elevata di spesa territoriale. Per quanto riguarda l'associazionismo dei Mmg, le tre forme più diffuse sono: medicina di gruppo, in associazione e in rete. All'aumentare della percentuale di Mmg in gruppo, si nota anche una crescita del numero di anziani assistiti in Adi e una diminuzione dei ricoveri inappropriati. Non è sempre così per le altre due forme di associazionismo. Laddove, inoltre, aumenta la spesa per le strutture intermedie (residenziali, per disabili, per la riabilitazione), diminuisce il tasso di ospedalizzazione e soprattutto quello dei ricoveri inappropriati.

I ipotesi di sviluppo

Sulla base di questi dati, gli autori individuano tre set di possibili scenari futuri per la medicina del territorio: il primo è relativo alla geografia dei servizi. Potrebbero, cioè, svilupparsi maggiormente le strutture intermedie, con conseguente riduzione degli ospedali di prossimità, e i Mmg diventerebbero meri *consultant* sul territorio. Oppure potrebbero crescere tutte le cure primarie, con un ruolo più importante per le domiciliari e un'ampia diffusione della specialistica ambulatoriale, mentre il Mmg diventerebbe *case manager* di patologie croniche complesse. È possibile anche un modello bilanciato tra le due opzioni. Un secondo panorama si delinea dall'approfondimento relativo alla definizione dei *case manager* e dei *care giver*: in un primo scenario, quello del "territorio specialistico", il *case manager* sarebbe una figura medica, Mmg o specialista territoriale, mentre il *care giver* diventerebbe l'infermiere altamente specializzato. In un secondo

scenario, quello della presa in carico territoriale, il *case manager* potrebbe essere un Mmg o un infermiere specializzato, mentre il *care giver* principale un operatore sanitario non laureato. In questo caso si profilerebbe un minor ruolo per gli specialisti e uno maggiore per le figure non mediche. In un terzo scenario, quello del territorio preventivo e sociale, il *case manager* potrebbe essere rappresentato sia da un Mmg sia da un infermiere laureato. Il *care giver*, invece, sarebbe "informale" (badante o auto sostegno).

Un terzo e ultimo set di scenari si focalizza sulla prevenzione: primo è quello del "kit della prevenzione", dove quest'ultima diventa scelta del singolo cittadino e si diffondono perciò test distribuiti da farmacie o Ausl; secondo scenario, basato sulla medicina di iniziativa e sul *chronic care model*, vede il focus dell'attività di prevenzione orientato alla programmazione e realizzata studiando la popolazione a rischio tramite analisi di tipo epidemiologico; terzo scenario è *personal technology-driven*: ogni persona, in un ipotetico futuro, avrà a disposizione uno strumento che 24 ore su 24 trasmetterà informazioni a una centrale operativa con collegamento a internet. Ovvero: saranno le informazioni personali a dettare l'agenda del Ssn.

■ Selezionare gli investimenti sul territorio

Alla luce di risultati e scenari, gli autori della ricerca propongono alcune riflessioni strategiche che si sintetizzano nel concetto che la sanità, specialmente quella territoriale, è composta da un complesso di unità organizzative e nodi istituzionali. Perciò l'investimento sul territorio, che è necessario, come dimostrato, perché riduce i costi complessivi e le inapproprietezze, non può però essere rivolto indistintamente a tutti gli ambiti di assistenza, ma deve privilegiare quelli che si rivelano, appunto, più efficaci in termini di appropriatezza e di qualità delle cure rivolte ai cittadini, in un contesto di crescente razionalizzazione delle risorse pubbliche a disposizione. Se poi è vero, come dimostrato da Cergas e Fiaso, che il budget affidato a medici, infermieri e amministratore di Asl e ospedali fa migliorare i risultati sanitari e organizzativi nel 90% dei casi analizzati, le politiche regionali sono pronte a recepire queste istanze?

Luciano Bresciani, assessore alla Sanità della Regione Lombardia, non ha dubbi: "La partita di domani si giocherà quasi esclusivamente sulla cronicità e quindi sul territorio". Ma,

considerando la realtà lombarda e quindi il tema degli ospedali, anch'essi, secondo l'assessore, dovranno migliorare seguendo le direttrici della qualità e dello sviluppo, secondo la logica del "polipo", che vede la funzione di una diagnostica di primo e secondo livello affidata alle diramazioni del nosocomio sul territorio (i bracci del polipo) e lasciando il terzo grado all'ospedale puro (la testa del polipo). Ma avverte Bresciani: "Il nostro obiettivo, ovvero l'abbattimento dei costi impropri e la sostenibilità economica, provengono dall'*auditing* e dal processo. Sempre partendo, anche per quanto riguarda la programmazione, dal fabbisogno reale del territorio".

Fulvio Moirano, direttore dell'Agendas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), conclude: "Sono stato colpito da questa indagine: mi aspettavo che ci fosse meno gestione budgettaria sul territorio. Nella stragrande maggioranza delle Regioni, infatti, il budget va in una direzione e i premi in un'altra: diventa necessario, perciò, un governo forte della Regione. Credo comunque che il recente Acn della medicina generale, che coinvolge professionisti diversi e li vede meno contrapposti gli uni agli altri, aiuterà a sviluppare e migliorare il governo del territorio".