

La via veneta per l'assistenza territoriale

Gianluca Bruttomesso

Gestione integrata delle cure, continuità assistenziale, semplificazione delle forme associative dei Mmg e Piani attuativi locali per le cure primarie: sono questi gli ingredienti principali della ricetta veneta per potenziare l'assistenza di primo livello e rispondere ai bisogni di cura delle cronicità sul territorio

Il Veneto è alla ricerca di una sua via per la medicina generale (MG). Lo ha testimoniato per primo **Lorenzo Adami**, segretario regionale di Fimmg Veneto, quando, la scorsa primavera, ha presentato al Consiglio nazionale una mozione contraria alla ratifica dell'ACN. La mozione era l'espressione di uno schieramento più ampio e "pluri" territoriale: sezioni provinciali Fimmg Verona, Vicenza e Padova, ma anche quelle di Vibo Valentia, Cosenza, Roma, Frosinone, Rieti, Latina, Trento, Udine, Gorizia, Viterbo, Teramo, Reggio Emilia e Pordenone. In seguito, Adami aveva attutito la portata della mozione, dichiarando la volontà di trovare un'intesa con la sua Regione, in pratica una "via veneta di soluzioni". E, in effetti, la collaborazione è nata di recente: ora esiste, per esempio, una "via veneta" per i certificati online, un accordo di massima raggiunto tra la segreteria regionale Fimmg Veneto e la sede regionale dell'Inps. "Consiste - spiega Adami - nella scelta di alcuni mezzi e modalità: sul problema dei mezzi telematici, la Regione Veneto ha deliberato un rimborso al Mmg di 200 euro al mese delle spese vive di teletrasmissione. Le Asl si stanno inoltre attivando per consegnare ai medici il codice Pin, necessario per accedere al portale Inps". Sempre con l'Inps è stato poi concordato che vengano compilati da loro i campi relativi all'anagrafica del datore di lavoro e l'indirizzo del lavoratore, qualora diverso da quello stampato sull'anagrafica della tessera sanitaria. Anzi, lo dovrà comunicare lo stesso lavoratore all'ente previdenziale, tramite un numero appositamente istituito. Dunque nel Veneto i Mmg già da settembre sono pronti per il certificato online e per quanto ri-

guarda i certificati compilati al domicilio del lavoratore l'Inps ha dato una deroga cartacea fino alla definizione concordata di modalità alternative.

Già nell'ambito del recente convegno di Padova sulla formazione specifica della MG, **Renato Rubín**, dirigente vicario della Direzione regionale Piani e programmi socio sanitari della Regione Veneto, aveva suggerito ulteriori soluzioni, anche per altri problemi, da estendere poi ad altre Regioni: oltre agli investimenti per aiutare i medici nel processo di informatizzazione, che si sono già tramutati in realtà, aveva proposto l'interazione fra la scuola di formazione specifica e la programmazione regionale, la trasformazione delle Utap da strutturali a territoriali (vale a dire in punti sanità con funzioni di *service* per gli studi professionali collegati in rete) e un patto unico per le Asl al fine di garantire i Lea. Nella Regione, infatti, secondo i dati diffusi proprio dal dirigente Rubín, lavorano oggi 1.200 professionisti in medicina di gruppo, 1.700 in forma associativa semplice, 400 in rete e 350 nelle Utap. Un patrimonio da salvaguardare, costruito nell'arco di 15 anni.

La gestione delle fragilità

Non solo nel Veneto, ma su tutto il territorio nazionale, uno dei problemi sanitari centrali futuri sarà la gestione del paziente fragile e delle sue patologie croniche, sostanzialmente dell'anziano ultra75enne. E su questo il Veneto può essere una Regione "benchmark".

Il modello Veneto si concretizza nella gestione integrata delle cure e nella continuità assistenziale, anche attraverso la semplificazione delle forme associative, si prevede quindi la scom-

parsa dell'associazionismo e il passaggio di tutti i Mmg nella medicina di rete diffusa. Secondo questa visione, i patti aziendali si dovranno allineare agli obiettivi stabiliti negli Accordi integrativi regionali puntando molto nel concordare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti cronici, da condividere anche con gli specialisti e con le strutture ospedaliere. Si dovrà potenziare l'assistenza residenziale intermedia (case di riposo, hospice, Country hospital) attualmente gestita da circa 500 Mmg. Occorrerà infine inventare anche nuove modalità erogative per tutti quei pazienti fragili e instabili che non avranno più diritto di accesso alle strutture ospedaliere di II e III livello. In tale quadro resta aperta la questione primaria del reperimento delle risorse, soprattutto in vista degli effetti della recente manovra finanziaria.

Localizzare l'assistenza primaria

Per realizzare un modello di riferimento per la medicina generale, la Regione Veneto ha stabilito che ogni azienda debba programmare gli interventi per l'assistenza di primo livello, attraverso un piano "decentrato" a valenza triennale: si tratta del Palcp, Piano attuativo locale per le cure primarie.

Secondo l'opinione di tre esponenti della Asl 21 di Legnago (Vr), il direttore generale **Daniela Carraro**, il collega **Alberto Rigo**, della direzione medica ospedaliera, e Luisa Andreetta, della Uoc cure primarie, espressa sul settimanale *Il Sole24Ore Sanità*, esso avrà il compito fondamentale di trasformare un semplice "aggregato di operatori" in un insieme coordinato di elementi, che interagiscono in maniera complementare. "L'obiettivo - scrivono infatti i dirigenti di Legnago - è quello di costru-

ire una rete assistenziale nella quale le attività siano fluide, eliminando le variabilità dei comportamenti e le interferenze negative fra gli attori del sistema”.

I Palcp secondo Lorenzo Adami, dovrebbero essere nuovi strumenti finalizzati a pianificare lo sviluppo, in ambito aziendale, del livello assistenziale di competenza delle cure primarie. Per il segretario della Fimmg essi dovrebbero diventare veri piani “industriali” di rilancio dell’assistenza primaria che si realizzeranno anche grazie ai patti aziendali, dove si negoziano con le Asl le modalità con cui si affrontano i bisogni sanitari di un determinato bacino di utenza. I Palcp sarebbero utili soprattutto per quei dirigenti che provengono dalla realtà ospedaliera e che potrebbero non conoscere la compagine sanitaria in tutti i suoi fattori, soprattutto la medicina del territorio con tutte le sue stratificazioni. Questi “piani”, in particolare, dovrebbero strutturare l’impegno di chi svolge funzioni di direzione e coor-

dinamento nell’esaminare le esigenze dei cittadini e rivedere l’organizzazione dell’assistenza sulla base dei risultati conseguiti. E proprio a partire da questi ultimi, essi dovranno anche assicurare la disponibilità delle risorse. Secondo i medici di Legnago, i Palcp sono estremamente funzionali alla risoluzione di alcuni problemi legati alle cronicità, alla declinazione dell’efficacia dei Lea e dell’appropriatezza delle cure.

■ Il nucleo di contatto

Per gestire meglio i processi aziendali, anche di una Asl, è fondamentale disporre di uno strumento di comunicazione che sia in grado di far dialogare operatori di livelli diversi: Mmg, dirigenti ospedalieri, specialisti, e così via. Per realizzare questo, nel Palcp è stato istituito il Nucleo di contatto, formato da figure sanitarie diverse, che avrà la guida del coordinamento delle cure primarie sul territorio. Un

tale organismo non è nato dal nulla: esso infatti era stato generato già nel 2005 dall’accordo collettivo nazionale che disciplina i rapporti coi medici di famiglia. E in Veneto sono state già messe in atto esperienze del genere. “Oggi il medico ospedaliero - ha commentato Adami - pur non credendo ancora fino in fondo che la sfida si sia spostata sul territorio, vi aderisce perché gli torna utile a risolvere alcuni problemi, che lui considera più assistenziali che sanitari (classico l’esempio delle dimissioni protette o precoci). Ma nel tempo sono convinto che la supremazia culturale di cui gode oggi lo specialista ospedaliero, diventerà retaggio del passato e si affermerà una vera pariteticità, pur nella diversità dei ruoli”. Obiettivo dei Palcp è dare un servizio migliore ai pazienti. È per questo che in Veneto si è scelto di individuare percorsi locali: a partire dall’analisi dei bisogni e delle risorse che sono presenti nelle varie Asl.