

Come cambia la medicina generale: scenari regionali



Dall'associazionismo alle cooperative mediche ai Cronic Related Group (Creg): a tu per tu con Fiorenzo Corti, responsabile nazionale della comunicazione Fimmg e segretario regionale Fimmg Lombardia. Uno dei protagonisti e testimoni di come in questi anni è cambiata la professione di Mmg spiega a *M.D.* le ragioni che lo hanno portato ad accettare la sfida dei Creg in Lombardia

► **Anna Sgritto**

A ma definirsi medico di campagna, un appellativo che sicuramente stride, non con il contesto orografico, ma con le caratteristiche architettoniche, organizzative e con le dotazioni strumentali e informatiche dell'ambulatorio di Masate, in provincia di Milano, in cui esercita l'attività di medico di medicina generale. **Fiorenzo Corti**, Mmg, responsabile nazionale della comunicazione Fimmg e segretario regionale Fimmg Lombardia ha puntato sull'organizzazione dello studio come opportunità per gestire al meglio il tempo della relazione con i propri assistiti, compreso sempre più dall'attività burocratica a cui è sottoposto nel nostro Paese l'esercizio della professione di Mmg. Laureatosi alla fine degli anni Settanta, specializzatosi in gastroenterologia, malgrado l'idoneità a un incarico ospedaliero, ha scartato a priori questa opportunità per intraprendere la professione di Medico di medicina generale.

► **Come mai ha rinunciato all'incarico in ospedale?**

"Anche se ho scelto la specializzazione in gastroenterologia, devo confessare che ho sempre avuto una predilezione per la medicina interna, per il rapporto con i pazienti e per considerare il corpo umano non come un insieme di organi, ma come un *unicum*. La dipendenza non è congeniale al mio carattere è così ho iniziato la mia vita di Mmg con 450 assistiti. A quel tempo i miei colleghi lavoravano tutti negli ambulatori comunali e coprivano un comprensorio di 5 Comuni".

► **Lei invece ha scelto di aprire un suo studio?**

"Sì, scelsi di praticare la mia attività cinque giorni la settimana in un solo studio, addirittura sperimentando la visita per appuntamento, almeno per la prima visita, così da avere un "tempo dedicato" all'anamnesi del paziente. Un progetto difficile da realizzare

perché molti assistiti non avevano il telefono o la televisione e le visite domiciliari le richiedevano ponendo il 'libretto della mutua' nella cassetta delle poste del Comune. Il Mmg contava i libretti e si organizzava il giro di visite. Mi posi subito in una logica di servizio alla popolazione, ma mi resi reso conto mano a mano che procedeva il mio lavoro di essere invece sempre più preda delle richieste eccessive dei miei assistiti che mi telefonavano a qualsiasi ora, mi richiedevano continue impegnative per esami e visite specialistiche. Un periodo difficile in cui sono stato in balia di un vero e proprio burn out. Reagii attivando una segreteria telefonica, una sorta di barriera tra me e i miei assistiti, dedicaì più tempo agli scambi e alle relazioni con i colleghi, mi appassionai all'informatica e relativamente a questo ambito ho vissuto il confronto sulla realizzazione della cartella medica orientata per problemi come un'opportunità per costruire qualcosa che identificasse

la medicina generale come una disciplina a sé, la cui attività è profondamente diversa da quella praticata dalla medicina ospedaliera. Attraverso queste esperienze ho capito che c'era la possibilità di innovare e dare nuova linfa alla professione. Trovai terreno fertile per queste mie finalità nella Società di medicina generale (Simg) a cui aderii. Ma la mia anima sindacale ebbe il sopravvento perché ben presto mi posi il problema di come tradurre certe acquisizioni teoriche in pratica e a sostegno di chi esercita la professione di Mmg, da qui nasce il progetto di costruire una sezione Fimmg a Milano. Abbiamo iniziato con 60 iscritti. C'erano colleghi che sentivano la stessa esigenza di provare a gestire un cambiamento che era in atto, che non si voleva più subire, ma governare. Inoltre cresceva l'interesse per i nuovi percorsi di formazione, per concetti inerenti la qualità delle cure le Vrq, ecc.”.

► **Come è stato possibile conciliare l'attività professionale con l'impegno sindacale?**

“La prima cosa che ho fatto è stata quella di assumere, a mie spese, una segretaria per far fronte ai bisogni “non medici” dei miei assistiti. Ciò mi ha spinto a promuovere negli accordi regionali tutte quelle attività di organizzazione dello studio per rispondere alle criticità che venivano fatte presenti dai colleghi, in termini di tempo sottratto alla clinica dalla burocrazia imperante e dalle attività collaterali alla medicina. Bisognava creare un briciolo di organizzazione per lavorare meglio e dedicare più tempo ai pazienti anche in termini relazionali. Acquistai uno studio più grande pensando di realizzare un ambulatorio in associazione, cosa che feci poco tempo dopo”.

► **È stato uno dei pionieri dell'associazionismo?**

“La mia adesione all'associazionismo non è stata ideologica, ma dettata da una sentita esigenza professionale. Come segretario regionale Fimmg mi sono impegnato per alzare i tetti dei finanziamenti delle medicine di gruppo, di rete, per incentivare la dotazione di personale di studio perché era ciò che avrebbe consentito al Mmg di potersi impegnare su quello che sarebbe stata la sfida che si affacciava all'orizzonte con tutta la sua complessità: la gestione delle cronicità. A fare da spartiacque c'è stato sicuramente l'art. 40 dell'Acn (Dpr 270/2000): *Forme associative dell'assistenza Primaria*, che in effetti ci ha dato un riconoscimento contrattuale, ma mancava quello giuridico. Era necessario dotarsi assolutamente di una di una struttura riconosciuta anche da un punto di vista fiscale amministrativo e societario così, quando venne proposta la possibilità delle cooperative mediche, accettai questo tipo di percorso, non perché le cooperative si dovessero sostituire alla medicina generale come molti hanno malignato, ma quale valido supporto di proprietà dei Mmg che sono soggetti societari molto trasparenti. Per qualche anno ho anche ricoperto la carica di presidente del Consorzio sanità”.

► **In Lombardia però non è stato facile sdoganare le coop mediche, che oggi consentono di potere aderire al progetto dei Cronic Related Group (Creg)?**

“Sì è vero, fra il 1995 e il 1999 è stata necessaria una dura battaglia solo per sdoganare il termine cooperative mediche perché è stata fatta una inammissibile confusione fra concet-

ti che venivano dati come interscambiabili, per esempio: esercizio societario della professione/acquisizione collettiva di beni e servizi e vendita di prestazioni/offerta di beni e servizi di supporto alla produzione delle prestazioni sanitarie. Nonostante ciò nel territorio lombardo sono sorte diverse cooperative di medici di famiglia che, pur tra mille difficoltà, hanno favorito un ruolo insostituibile di supporto organizzativo e di servizi per i medici. Mi riferisco, per esempio, all'Acr del 1999 che nella provincia di Cremona è stato il trampolino di lancio per un accordo aziendale avveniristico, firmato congiuntamente da Fimmg e Snami. Accordo che prevedeva l'informatizzazione di massa dei medici, l'associazione in gruppi territoriali omogenei con la definizione di Pdta condivisi con gli specialisti e la messa in rete degli stessi. Una simile intesa sarebbe stata inimmaginabile se non ci fosse stata sul territorio la presenza della Cooperativa Medici di Medicina Generale (CMMG srl - Cremona) che poteva rimediare a una scarsa preparazione della Asl ad affrontare un cambiamento di tale portata. Detto ciò, per quanto riguarda i Creg è necessario fare una puntualizzazione. Qualcuno suggerisce che Fimmg sia stata l'artefice di questo progetto, ma non è assolutamente così. L'artefice è la Regione che vede nei Creg una risposta idonea alla gestione delle cronicità sul territorio. Non so se sarà così, la cronicità infatti si può gestire anche con un'attività che ha il baricentro nel distretto, nella Asl, ma la nostra Regione va in un'altra direzione. Fossimo in Emilia Romagna la situazione sarebbe diversa, diversa anche da quella Toscana. La nostra Regione, invece, viaggia secondo una logica di sussidiarietà che porta anche a smantellare alcuni pezzi di

servizio pubblico. Al riguardo non va dimenticato che la Lombardia è l'unica Regione dove i medici di medicina generale hanno perso la possibilità di svolgere attività nelle RSA".

► Quindi i Creg per lei rappresentano una sorta di sfida?

"Sicuramente sì, perché il rischio è quello di essere esclusi dalla gestione delle cronicità. D'altra parte, se i medici di famiglia non esercitano il diritto di prelazione, le aziende sanitarie sono deputate ad allestire una gara aperta anche a soggetti privati. Così, forti delle esperienze realizzate a Brescia, Pavia, Monza, con gruppi di Cure primarie, con progetti di governo clinico e di gestione delle cronicità, quando la Regione, attraverso i Creg, ha paventato la possibilità di sperimentare qualcosa di diverso anche in altri territori, ci siamo seduti intorno ad un tavolo per vedere cosa si poteva fare, come gestire la proposta per poi valutare dopo la fase di sperimentazione gli esiti e risultati e capire se vale la pena portare avanti un simile progetto. Al momento la fase di sperimentazione ha visto in provincia di Bergamo, su circa 700 Mmg, oltre 150 associarsi alla Cooperativa denominata 'Iniziativa Medica Lombarda'. Stessa cosa è accaduta a Milano e a Como dove sono 3 le cooperative, due di area Fimmg e una che fa riferimento ad un altro sindacato. A Lecco un piccolo gruppo di Mmg del distretto di Merate, appartenenti alla cooperativa Cosma, hanno provveduto a costituire un'associazione temporanea di imprese denominata 'Brianza Salute'. Attraverso questa fase sperimentale vorremmo valutare se con le risorse messe a disposizione dalla Regione in termini di spesa storica di farmaci,

La sperimentazione dei Creg

Sono cinque le Asl coinvolte nella sperimentazione dei Creg: Milano, Melegnano, Bergamo, Lecco e Como. A partire dalla Banca Dati Assistito (BDA), la Regione Lombardia, per questo progetto, ha estrapolato il costo riferito alla specialistica e diagnostica ambulatoriale, alla farmaceutica e alla protesica minore, escludendo il costo dei ricoveri e dell'assistenza primaria. Sulla base di tali dati, con una metodica statistica descritta nell'atto dirigenziale che definisce le tariffe, è stato costruito il costo medio di ciascuna associazione di patologie croniche, definendo come base le seguenti patologie: BPCO, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari a maggior livello di disabilità. Sono state previste circa 150 categorie tariffarie a seconda delle diverse comorbidità. Il modello matematico utilizzato per la definizione tariffaria scarta i pazienti "marginali", cioè che non risultano in cura e in follow-up. I Provider gestori dei Creg possono candidarsi, con meccanismo di gara, può essere Provider qualsiasi soggetto pubblico o privato: aggregazione di medici, impresa

privata, onlus, ospedale, ecc... La delibera regionale ha previsto, per l'assegnazione del ruolo di Provider, una prima fase di gara riservata alle aggregazioni dei medici di medicina generale. Solo nel caso in cui la gara riservata non dovesse garantire la copertura potenziale di tutta la popolazione delle aree di sperimentazione, seguirà una seconda gara, aperta a imprese private, case di cura, onlus, ospedali, ecc... La forma aggregativa di Mmg più adatta a proporsi per la gestione del Provider, sembra essere rappresentata dalla società cooperativa a responsabilità limitata e ciò per una serie di ragioni. In primo luogo la cooperativa non distribuisce, di fatto, utili ai soci. Eventuali disponibilità di bilancio possono essere utilizzate per fornire servizi di supporto all'attività professionale a condizioni particolarmente vantaggiose. I soci limitano il rischio di impresa alle sole quote sociali, in pratica poche centinaia di euro. Ogni professionista dispone di un solo voto nell'assemblea dei soci che elegge il Consiglio di Amministrazione e approva i bilanci. Si tratta, di fatto, di un soggetto etico e paritario.

esami di laboratorio, prestazioni diagnostiche, visite specialistiche e protesica minore sia possibile in qualche modo gestire i percorsi dei pazienti affetti da patologie croniche con un briciolo di ordine. Il ruolo di provider potrebbe aiutarci a gestire meglio la compliance del paziente. Analizzando, per esempio, la banca dati assistiti abbiamo constatato che tra i pazienti diabetici sono molti quelli che negli ultimi anni hanno fatto l'esame del fondo oculare, ma ce ne sono altrettanti che non ne hanno fatto neanche uno. Le ombre sui Creg certamente non mancano, è importante

vigilare perché le risorse destinate ai Creg arrivino effettivamente dalla specialistica e dalla farmaceutica e non siano prese invece intaccando l'attuale retribuzione dei Mmg".

www.qr-link.it/video/0212



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code