

# Cambiamento in cinque mosse

La riforma delle cure primarie non può prescindere da una rigorosa riqualificazione professionale, orientata al territorio e alla persona, capace di coinvolgere tutti i professionisti, a partire dal Mmg

**Vincenzo Contursi**

*Presidente SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie*

**E**quità, sostenibilità economica, qualità e continuità delle cure, interdisciplinarietà, sono ovunque nel mondo i temi al centro del dibattito politico-sanitario e, nelle linee strategiche da seguire, le cure primarie rappresentano il tassello centrale del mosaico su cui è necessario puntare nel ridisegnare l'assetto organizzativo dei Sistemi sanitari, in linea con quanto l'Oms, nel documento "The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)", indica fermamente.

In Italia, in un Ssn di tipo Beveridge in quanto sostenuto dalla fiscalità generale, le cure primarie sono inserite in un sistema gerarchico-normativo sempre più ingombrante, nel cui contesto la Medicina di Famiglia svolge la funzione a lei richiesta di *gatekeeper*. Inoltre alla stessa, a tutt'oggi, non è concesso di avvalersi in modo adeguato di standard organizzativi e tecnologici che consentano di espletare efficacemente tale funzione anche sul versante clinico e pertanto consoni al maggiore carico assistenziale derivante dalla crescente domanda di salute (spesso in acuzie), dall'invecchiamento progressivo, dalla prevalenza delle malattie croniche, dall'orientamento alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute, dal continuo progresso scientifico e tecnologico, e non ultimo, dalla concomitante crescita culturale della popolazione. In questo contesto il compenso dei Mmg, costituito da una quota capita-

ria (a paziente), da una quota variabile in funzione del raggiungimento di certi obiettivi (generalmente di raccolta dati e mai di outcome clinici) e da una quota variabile in funzione di certe prestazioni (nella gran parte di competenza infermieristica), risulta inadeguato, non meritocratico e non incentivante riguardo alla qualità delle prestazioni e alla capacità/volontà di investire nella professione.

Tale realtà si contrappone all'esigenza, oramai inderogabile, di una ristrutturazione delle cure primarie, oggi più che mai in virtù di un crescente divario tra domanda e risorse disponibili, che oltre a creare allarme per la sostenibilità del Ssn, rischia di mettere in crisi uno dei diritti fondamentali del cittadino: il diritto alla salute.

Forme associative complesse, ambulatori per la cronicità, Case della Salute, Ospedali di Comunità, assistenza h. 24, Drg territoriali, *pay for performance* o *pay for results* sono solo alcuni dei possibili strumenti innovativi da mettere in campo in questo complesso processo di ristrutturazione.

Ma tutto ciò non può prescindere da un processo di rigorosa riqualificazione professionale, orientata al territorio ed alla persona, che si rivolga a tutti i professionisti delle cure primarie, a partire dal medico di famiglia.

Lo spostamento sul territorio di parte considerevole del carico assistenziale globale, in particolare per quanto riguarda i soggetti affetti da patologie croniche, richiede al medico di fami-

glia competenze cliniche di alto profilo e importanti capacità organizzative e gestionali per attuare la medicina di iniziativa attraverso la strutturazione di un vero "Team interdisciplinare delle Cure Primarie", che include tutte le professionalità sanitarie e non, indispensabili a rendere efficienti ed efficaci le cure territoriali, quali assistenti sociali, collaboratori di studio, dietisti, fisioterapisti, infermieri, medici specialisti ambulatoriali e psicologi, senza escludere in una visione più ampia del *team* anche i pediatri, i farmacisti e i medici dell'emergenza territoriale.

## ► Specialista delle cure primarie

Queste considerazioni inevitabilmente investono il tema dell'insegnamento universitario e della Formazione specifica post-laurea della Medicina di Famiglia. Non si può più prescindere dalla figura di un Mmg vero specialista delle Cure Primarie, cui si garantisca l'acquisizione di un *core curriculum* disciplinare e di un titolo analogo a quello di tutte le altre specialità accademiche, cominciando dal colmare il vuoto del mancato insegnamento pre-laurea e dal rimuovere quell'odiosa discriminazione giuridico-economica che pone ancora oggi i giovani aspiranti medici di famiglia in una condizione formativa di "serie B" (che inevitabilmente si riverbera negativamente sulla loro futura attività professionale, sulla "percezione esterna" della professione stessa e, conseguentemente-

te, sugli equilibri del sistema in cui si troveranno ad operare), per finire con il garantire sbocchi professionali e di carriera differenziati (pratica clinica, insegnamento, ricerca, ecc.) al passo con l'Europa e il mondo intero.

### ► Le principali azioni

- 1.** Qualificare i medici di famiglia con l'acquisizione del titolo di Specialista e con lo svolgimento di una Formazione Professionale Continua che preveda l'apprendimento ed il mantenimento delle abilità cliniche e gestionali necessarie alle Cure Primarie.
- 2.** Favorire e incentivare le prestazioni diagnostiche di primo livello eseguite direttamente dal Mmg o sotto la sua supervisione (*il near patient testing*: Ecg, ecografia, ecc.) e la costituzione di Ambulatori dedicati per

patologia, impiegando anche l'enorme quanto inutilizzato patrimonio delle competenze specialistiche accademiche o curriculari già ora in possesso a molti medici di famiglia, così come offrendo ai giovani medici di medicina generale interessati a qualificarsi in alcuni aspetti di ambito specialistico utili alle Cure Primarie, la possibilità di integrare il proprio percorso formativo generale con Corsi Master *ad hoc* atti ad accreditare il loro "speciale interesse".

- 3.** Qualificare gli infermieri di famiglia e di comunità e tutti i professionisti coinvolti nella costituzione del *Team* delle Cure Primarie con percorsi specialistico-interdisciplinari a livello dipartimentale, prevedendo l'inserimento strutturato all'interno del Ssn di quelle figure fra loro, non ancora riconosciute.
- 4.** Qualificare la figura del collabora-

tore di studio con specifici corsi di formazione, per alleggerire al massimo le incombenze burocratiche in capo al medico di famiglia e ottimizzare l'organizzazione amministrativa e gestionale del lavoro.

- 5.** Remunerare i professionisti sulla base dei risultati introducendo criteri di valutazione differenziata per tipologia e qualità delle prestazioni. Queste azioni, agendo sulle Cure Primarie, sarebbero un volano potentissimo per tutto il Sistema sanitario nazionale e porterebbero ad una totale ridefinizione dei livelli di cura. Darebbero inoltre dignità e ruolo ad una vera e propria Disciplina liberando allo stesso tempo le energie migliori, restituirebbero autonomia, indipendenza e reale responsabilità, stimolerebbero la ricerca originale al pari dell'ambito internazionale.