

TERRITORIO**Ricette di cure primarie***Le proposte dei sindacati verso il confronto con la Salute*

Terapie in équipe nei centri di cure primarie, accesso unico alla convenzione per Mmg e medici di continuità assistenziale, percorsi di carriera e continuità assistenziale a 360 gradi, gestione delle urgenze light sul territorio.

Sono questi i temi al centro delle proposte di riordino delle cure primarie inviate dai sindacati al **ministro Fazio**, in vista della revisione dell'art. 8 del Dlgs 502/92.

A PAG. 22-23

*TERRITORIO/ Brain storming sulle proposte di riordino elaborate dai sindacati medici***Cure primarie, idee in campo****I temi: gestione della continuità e delle urgenze e revisione del compenso**

Parlano tutte la stessa lingua. O quasi. Le proposte per un riordino delle cure primarie messe in campo dai sindacati medici, sollecitati dai tecnici del **ministero della Salute** in un'ottica di revisione complessiva e profonda del sistema (si veda **Il Sole-24 Ore Sanità n. 20/2011**), trovano un minimo comune denominatore in una manciata di argomenti. Riscrittura dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992, convenzionamento unico, revisione della struttura del compenso. Sullo sfondo l'attivazione - finalmente - di centri di cure territoriali, o Ucep o Ucap, che dir si voglia, capaci di intercettare i bisogni del cittadino e di risolverli al meglio. Grazie a staff multiprofessionali dotati di generalisti, guardie mediche (nelle proposte che le "salvano", specialisti e infermieri, altre professioni sanitarie e personale amministrativo capace di disbrigare il carico burocratico alleggerendo il medico. In

quasi tutti i progetti, a partire com'è naturale dalla proposta Fimmg, perno del sistema è il medico di medicina generale. Fanno eccezione la Cgil (che rifiuta la designazione a monte di «primarietti») e lo Snam, che anzi punta a valorizzare al massimo le figure dei medici di continuità assistenziale.

Resta, per tutti, l'enorme nodo delle risorse, tutte da trovare e da inventare in tempi di magra. Anche per questo, pur avendo colto al volo il segnale di interessamento del ministero, tutti i sindacati restano più che scettici sull'effettiva realizzabilità di un progetto tanto sostanzioso. La paura, per tutti, è che l'annunciata rivoluzione delle cure primarie si traduca, per l'ennesima volta, in una lettera morta.

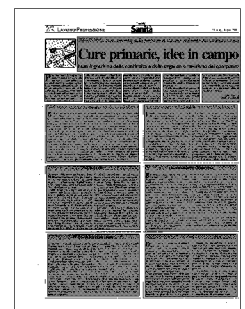
pagine a cura di
Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FIMMG

Graduatoria unica generale, per titoli, per l'accesso al convenzionamento; assegnazione obbligatoria dei medici titolari di incarico di medicina generale a Unità funzionali/assistenziali così da consentire il coordinamento delle attività e della continuità assistenziale h24 e per l'intera settimana. Ancora, criteri temporali per l'acquisizione di "scelte" e ruoli di responsabilità: rispettivamente, 3 anni dopo l'acquisizione dell'incarico convenzionale e 5 anni per "governare" unità funzionali o Ucap (Unità complesse di cure primarie, che «le Regioni possono prevedere»). Piena garanzia, attraverso lo sviluppo di forme «strutturate di aggregazione su base distrettuale», della continuità e dell'integrazione professionale tra Mmg, pediatri di libera scelta, specialisti, professioni sanitarie, operatori del sociale. È un articolo 8 fortemente innovato quello che **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Fimmg ha sottoposto ai tecnici del ministero (si veda anche **Il Sole-24 Ore Sanità n. 20/2011**). «Nella nuova versione puntiamo sulla piena integrazione tra ospedale e territorio», spiega. E nel dettaglio, si prevede la partecipazione del singolo professionista o delle forme organizzative in convenzione con il Ssn al servizio di Adi, così come a programmi di educazione sanitaria.

Sul fronte strettamente attinente alla professione, si prevede che la convenzione non fissi più le prestazioni offerte in regime libero professionale: l'essenziale è che non coincidano con quelle incentivanti. Ridefinita la struttura del compenso: una quota fissa annuale, corrisposta su base mensile in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota oraria per le attività delle altre funzioni della medicina generale; una variabile, sul conseguimento degli obiettivi previsti e sul mantenimento degli standard erogativi e organizzativi della programmazione regionale e/o aziendale; un'altra ancora variabile, sulla base degli integrativi regionali e una distinta, infine, per il finanziamento diretto o indiretto dei fattori di produzione.



SNAMI

Il modello Snami porta avanti «programmi di ristrutturazione e potenziamento del servizio di continuità assistenziale con l'attuazione dell'h24», come si legge nel documento presentato al ministro dal presidente **Angelo Testa**. Gli strumenti per potenziare e riqualificare l'offerta territoriale sono, secondo il sindacato:

- una chiara e precisa definizione dei compiti e del ruolo dei medici di Ca, cui è assegnato un ruolo di filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello;
- tempo pieno, con passaggio dalle attuali 24 ore settimanali a 38 ore, con il completamento dell'orario in attività diurne feriali per garantire la continuità e con la prospettiva, in base alla valutazione di titoli e curriculum, di una carriera da coordinatore di presidio, medico referente per la Ca di distretto e medico referente aziendale.

Il modello si basa su una sede distrettuale o Presidio territoriale di assistenza (Pta) collegato in rete con i medici di assistenza primaria. Porta d'ingresso del cittadino ai servizi territoriali, integrerà le funzioni dei Mmg, dei Medici di continuità, pediatri e specialisti convenzionati. Per la gestione delle urgenze di medio-basso livello, invece, si propone a un punto di primo intervento (Ppi) o ambulatorio distrettuale, affidato prioritariamente ai Mca, supportati dagli infermieri e dagli specialisti ambulatori. Queste le funzioni Ppi: continuità assistenziale ambulatoriale h24, ambulatorio specialistico diurno, con reperibilità estesa per alcune figure alla notte, ambulatorio infermieristico per cicli di terapia sia domiciliari che in struttura, nursery e assistenza ai medici; collegamento in rete con i medici dell'assistenza primaria sul territorio, laboratorio di analisi, collegamento con il I18.

FP CGIL MEDICI

Abolizione della guardia medica, nuova figura del medico delle cure primarie, piena valorizzazione dell'assistenza sul territorio in un'ottica di integrazione con l'ospedale. Sono le priorità elencate da **Nicola Preiti**, coordinatore nazionale Fp Cgil Medici di medicina generale.

Addio, dunque, alle "guardie", disfunzionali per l'economia (perché sotto-utilizzate) e poco gratificanti per i professionisti, «condannati a svolgere lo stesso ruolo a vita», spiega Preiti. Chi opera sul territorio diventerà "medico delle cure primarie" tout court, che si tratti di Mmg o degli ex medici di guardia. Per i cittadini, i punti di riferimento diventano i distretti e i centri o case della salute: sedi di riferimento aperte sulle 24ore e dotate di strumentazioni per la diagnostica di base e strumentale e di personale di segreteria e amministrativo, in grado di "liberare" finalmente i dottori dall'eccessivo carico che pesa ormai sulle loro spalle. In questi centri, affidati alla regia di un dottore - che non necessariamente dev'essere un Mmg - e collegati in rete sia con gli ambulatori diffusi sul territorio sia con

l'ospedale, il cittadino dovrebbe trovare le risposte alla sua richiesta di continuità assistenziale. Arginando così, spontaneamente, anche il peso sul Pronto soccorso. «Si tratta - chiarisce Preiti - non tanto di sollecitare un'attività di gatekeeping, ma di far sì che grazie a un'offerta di base davvero efficiente e competente le persone si rivolgano spontaneamente ai centri di salute. Per noi infatti la proposta del ministro di trattare i codici bianchi e lievi sul territorio è solo una soluzione ponte. A regime, sarà il Dea dell'ospedale a smistare naturalmente il servizio I18, sulla base delle richieste del paziente, nella struttura più adeguata».

Dovranno poi coincidere gli ambiti territoriali di riferimento dello studio del Mmg e dei presidi sul territorio: «Questo perché il Mmg deve poter farsi carico di tutti i profili dell'assistenza al paziente, compresi Adi e gestione socio-sanitaria». Un medico di famiglia che, infine, sarà pagato non più ad assistito ma in base a quello che fa e a "come" lo fa, monitorato sulla base di indicatori di qualità dell'attività svolta.

CISL MEDICI-INTESA SINDACALE

Ben venga un restyling pieno delle cure primarie. Ma a un patto: che si organizzi un servizio più efficiente sventando i rischi di una ulteriore burocratizzazione del territorio. Così la vede **Giuseppe Garraffo**, segretario Cisl Medici e presidente di Intesa sindacale. Che chiarisce il suo pensiero: «Presupposto indispensabile è che con il riordino si metta in piedi un servizio capace di garantire un'estesa accessibilità e che tenga conto, in ogni caso, del rapporto privilegiato medico-paziente, oggi snaturato dagli eccessivi impegni amministrativi in carico alla medicina del territorio».

Da una parte, insomma, i professionisti negli studi singoli o in associazione dovrebbero mantenere la relazione stretta con i propri assistiti; dall'altro essere impegnati a prestare servizio nelle Unità di cure primarie, in funzione h24 e accessibili a ogni cittadino, anche straniero e anche privo di permesso di soggiorno. «Strutture poliambulatoriali - chiarisce ancora Garraffo - dove fianco a fianco e in perfetta integrazione lavorino Mmg, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, in collaborazione con I18 e ospedali». La continuità delle cure presupponebbe anche la gestione del pronto soccorso di primo livello, liberando il più possibile l'ospedale dall'inappropriatezza e consentendo ai nosocomi di dedicarsi all'alta specialità. Un'organizzazione agile è il presupposto perché questo nuovo sistema funzioni davvero. Altro requisito è che i medici assumano anche funzioni di coordinamento, seguendo percorsi di carriera e di fatto unificando l'accesso a medicina generale e continuità.

Ambulatorio, attività in Uccp e, se resta tempo, libera professione: è un modello basato sulla massima libertà quello proposto da Cisl-Intesa. E le risorse? «Ai 400-500 milioni da mettere in budget con la prossima Convenzione, andranno sommati i 300-400 da stanziare per rendere attuabile un progetto di questo tipo. Senza contare - conclude Garraffo - che a strutture e tecnologie dovranno provvedere Regioni e Governo».

UIL FPL-FEDERAZIONE MEDICI

Il territorio esiste solo sulla carta: perciò l'assistenza sanitaria, in piena alternativa a quella ospedaliera, va scritta di fatto ex novo. Questa la posizione "tranchante" di **Armando Masucci**, coordinatore nazionale Uil Fpl Federazione Medici, che detta le sue priorità: chiudere tutti i piccoli ospedali per riconvertirli in presidi intermedi, con dotazioni strumentali adeguate che consentano di evitare, sempre quando possibile, l'accesso in ospedale. Stessa logica per le cure d'urgenza lieve, con i codici bianco e verde risolti sul territorio e le emergenze in giallo, rosso e "grigio" (per gli anziani) delegate al Pronto soccorso.

Nei presidi intermedi lavorerebbero staff articolati di medici di medicina generale, dottori di continuità assistenziale, specialisti di tutte le branche principali, pediatri e perfino veterinari. E visto che opereranno assieme, per Mmg, specialisti e pediatri si pensa a un contratto unico. A guidare le équipe, una cabina di regia capace anche di gestire gli interventi domiciliari per i pazienti disabili e cronici. «Per questi ultimi, compresi i casi più delicati di risveglio dal coma, per cui chiediamo la definizione di veri e propri Lea, potrebbe rivelarsi molto utile una mappatura del territorio, da affidare in gestione alle farmacie, di cui va valorizzato il ruolo in quanto centri potenzialmente cruciali di monitoraggio delle condizioni dei pazienti», spiega Masucci. Sul territorio, si sa, sono spesso le famiglie a farsi concretamente carico dei propri cari. Per questo Uil propone formazione dei caregiver e risorse adeguate. Ma è proprio il nodo risorse quello su cui il sindacato mostra più perplessità: «Per realizzare una simile "rivoluzione" - commenta Masucci - servono molti soldi. Da destinare anche alla realizzazione della tessera sanitaria elettronica, necessaria in quanto "chip" capace di descrivere l'identikit sanitario del paziente».

SMI

Dare un segnale di «netta discontinuità» rispetto all'organizzazione "erogativa-prestazionale" su cui fino a oggi sono state costruite le diverse proposte di gestione delle cure primarie (dalle Utap alle Uccp) e che si limitavano a mimare il modello ospedaliero. È il messaggio della "bozza" Smi, che include una nuova cornice contrattuale per i medici a convenzione (unica area di contrattazione dei medici italiani). In prima linea, **Maria Paola Volponi**, responsabile area della convenzionata e da **Bruno Agnetti**, responsabile assistenza primaria.

Integrazione intersettoriale delle cure primarie. Nove le proposte: gestione integrata h24 e 7gg/7 di tutte le attività; Medicina generale organizzata in aggregazioni funzionali territoriali con Map e Pls singoli, in rete, in gruppo, in Utap o Uccp, che potrebbero introdurre nella Convenzione e negli accordi regionali principi e soggetti privatistici; gestione delle prestazioni programmabili da parte dei Map e Pls; gestione

dell'acuto/urgente non differibile da parte del Suem e della continuità assistenziale; struttura distrettuale della continuità in stretta interazione con il I18; integrazione con le attività distrettuali di medicina preventiva o di iniziativa svolte dai Map/Pls e dai medici di continuità; gestione di tutte le strutture protette e della cronicità a domicilio attraverso Map e medici di continuità; protocolli di comportamento interattivo nelle situazioni cliniche a maggior rischio di inappropriatazza.

Per la professione si chiede il tempo pieno, il ruolo e l'accesso unico dei medici dell'area, la progressione di carriera, una profonda revisione del sistema stipendiale, la defiscalizzazione di alcune componenti del reddito, l'abolizione dell'Irap, il riconoscimento che gli immobili adibiti alla professione sono presidi del Ssn e quindi esenti da Ici. Infine, una nuova formazione specifica e una ridefinizione delle modalità e delle strutture deputate alla formazione continua.

SUMAI-ASSOPROF

Integrazione tra Mmg, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta; potenziamento della sinergia tra i medici del territorio-distretto-Asl-ospedale; sviluppo di una rete organizzativa h24 che possa garantire la presa in carico e la continuità assistenziale. «Queste - spiega il segretario **Roberto Lala** - le tre linee generali di proposta del Sumai-Assoprof.

Le linee di riferimento su cui il Sumai intende procedere, già enunciate in occasione dell'ultimo rinnovo dell'Acn, vertono sostanzialmente su tre filoni di intervento:

- Piena integrazione tra i professionisti per garantire la continuità dell'assistenza attraverso forme di aggregazione distrettuale che rappresentino un punto di riferimento costante per i cittadini e per la sanità del domani;
- Potenziamento della sinergia tra i medici del territorio-distretto-Asl-ospedale. La riorganizzazione delle cure primarie richiede asso-

lutamente una chiara definizione dei percorsi. Addio quindi al criterio dei compartimenti stagno, perché la cronicità è quasi sempre legata a patologie multiorgano e a pluripatologie con necessità assistenziali che possono variare di momento in momento;

- Sviluppo di una rete h24 che possa garantire la presa in carico e la continuità assistenziale di anziani e cronici anche sotto il profilo dell'emergenza-urgenza che riduca gli accessi impropri al Pronto Soccorso. L'ospedale recupererebbe così il ruolo che gli è stato «impropriamente e insipientemente espropriato».

«È chiaro - conclude Lala - che servirà una forte intesa e un forte impegno tra tutti gli attori. La volontà del ministro Fazio di riformare il sistema delle cure primarie ci vede concordi perché tocca uno dei punti nevralgici del Ssn che non può più essere trascurato per la sostenibilità del sistema».

FIMP

Una diversa distribuzione delle risorse Fsn con una maggiore quota dedicata alla prevenzione e una voce ad hoc, in più, per coprire i bisogni dell'emergenza-urgenza. Interventi sulla struttura del compenso. Posizione "rigida" sulla responsabilità civile. Lotta alla burocrazia quando snatura la professione. Adeguata copertura economica per compiti extracontrattuali. Implementazione del progetto "Salute infanzia". Ultimo, ma non certo in ordine di importanza, l'allungamento dell'età pediatrica a 18 anni d'età. Sono queste, in sintesi, le richieste elencate dal presidente Fimp **Giuseppe Mele**, nella lettera di accompagnamento al testo che rivede l'articolo 8 Dlgs 502/92.

Nel testo il pediatra, che diventa "di famiglia" e non è più "di libera scelta", propone dunque una diversa struttura del compenso - analoga a quella ipotizzata dalla Fimmg - e prevede che «alle Unità di cure primarie (Ucap) possano aggregarsi diversi professionisti dal territorio». Cioè Mmg, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri e altre professioni. L'Ucap può comprendere più Unità funzionali di Medicina generale, di pediatria di famiglia o parti di esse e avere sede unica o strutturata sul territorio. A coordinare le Ucap o le Unità funzionali di pediatria di famiglia, medici con almeno 5 anni di convenzionamento, secondo criteri che è possibile inserire negli accordi.

La rappresentatività dei sindacati, si premette nel "nuovo" articolo 1, è basata sulla consistenza associativa ma anche «sulla diffusione territoriale».