



Medicina di Gruppo

EVOLUZIONE O CRISI?



DIARIO

Certificati online, le reazioni
alla 3^a Circolare Brunetta

LAVORO

Meno negoziato e più legge
nei contratti pubblici

ATTUALITÀ

Bioetica personalistica e
strategie comunicative

Sommario



Settimanale di informazione
e documentazione sanitaria

Editore

Edizioni Panorama della Sanità
Società Cooperativa
Piazzale Val Fiorita, 3
00144 Roma

Direttore responsabile

Corrado De Rossi Re

Redazione:

Tel. 0697747927 - Fax 0697747928

Viale di Val Fiorita, 86

00144 Roma

redazione@panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti:

Tel. 065911662 - Fax 065917809

abbonamenti@panoramasanita.it

www.panoramasanita.it

Stampa

Eurolit

Via Bitetto n. 39 - 00133 Roma

Copie arretrate €5,00

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 065917809.

Registrazione del Tribunale
di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB-Roma - e 4.00 - ISSN 1827-8140

TRIBUNA

- 4 Assobiomedica: «La spesa sanitaria? Una ricchezza per il Paese»
- 5 Smi: «No al medico controllore fiscale!»
- 6 Chirurgia: via ai controlli antidroga. Dopo i recenti episodi di cronaca, la proposta di estendere ai medici i test

DIARIO

- 8 Certificazioni online: Brunetta firma la terza Circolare

12 NOTIZIARIO

DOSSIER

- 16 Le "Case della Salute":
Evoluzione o crisi della medicina di gruppo?

LAVORO

- 37 Meno negoziato e più legge nei contratti pubblici
- 40 La medicina di famiglia fra impegni futuri e nuove tecnologie

44 A & F

ATTUALITÀ

- 46 Bioetica personalistica e strategie comunicative
- 48 Malattie e malati abbandonati. Il 28 febbraio si è celebrata la Giornata mondiale per le Malattie Rare
- 50 Giornata mondiale delle malattie rare, a teatro "Controvento"

Le "Case della Salute":

Evoluzione o crisi della medicina di gruppo?

di Bruno Agnetti *, Alessandro Chiari **, Bruno Bersellini***

Incerti ed i comportamenti legati al fenomeno planetario delle modificazioni sociali (culturali ed economiche), stanno concretamente condizionando la medicina generale e anche i mmg si trovano a dover fare i conti con la sopravvivenza stessa della loro modalità operativa e della loro professione coinvolta nel tema della sostenibilità complessiva del sistema (Servizio Sanitario Nazionale). Per fare fronte (coping) alla situazione, in cui modalità operative-lavorative del Mmg si evolvono in tempi molto brevi, è necessario tentare di analizzare, pur in modo sommario, i vari aspetti coinvolti in questo processo di modificazione globale ponendo una particolare attenzione proprio a quei cambiamenti in atto nella medicina generale di base territoriale e alla sua nuova ri-organizzazione assistenziale delineata dal progetto/programma Case della Salute.

Analisi sociologica

La così detta grande crisi sta mutando non solo la nostra economia ma anche la vita quotidiana e le idee che la sostengono. Alcuni autori hanno ipotizzato l'imminente scomparsa del ceto medio e paventano la necessità, per un diffuso numero di individui, di

dover ritornare ad affrontare e risolvere problematiche relative a bisogni primari (es.: la povertà). Nonostante le pessimistiche previsioni ricordate potrebbe essere comunque possibile e necessario, per quanto riguarda l'organizzazione della medicina generale territoriale, sviluppare nuove abilità di problem solving attive e significative.

In effetti il Mmg si trova, da sempre, ad operare in stretto contatto con le altre figure territoriali - ed è quindi in grado di agire al fine di rivalutare e dare vigore alle risorse locali dove le famiglie, le associazioni, le imprese (un mmg è già di per se una piccola impresa ed ancor di più se il medico di base opera in associazione) possono essere considerate ricchezza e fondamento di possibili innovazioni che, una volta strutturate nel tempo, potrebbero essere in grado di garantire una nuova stabilità sociale capace di creare di nuovo reddito (bene collettivo).

Come è noto il prodotto dell'attività del mmg è molto complesso e difficilmente inquadrabile in reports quantitativi. Rappresenta piuttosto una realtà assistenziale, molto gradita ai cittadini nella sua componente qualitativa, in grado, anche oggi, di stimolare e

produrre il miglioramento della qualità della vita e quella sostenibilità del servizio sanitario tanto attesa.

Il progetto Case della Salute, improvvisamente nato in piena crisi etica ed economica, sarà in grado di interrompere una spirale negativa e le previsioni catastrofiche dando l'opportunità di ricostruire diverse e nuove relazioni propositive e costruttive tra mmg, aziende, assistiti e istituzioni? I tempi di realizzazione e di messa a punto di una simile strutturazione non rischiano, prima della sua piena operatività, di creare configurazioni che poi si potrebbero dimostrare superate o inadatte ai bisogni?

All'uopo sarà forse fondamentale favorire l'emersione e l'ascolto dell'esperienza accumulata nelle pieghe della medicina generale e in grado di esprimere pareri e suggerimenti, anche analitici e contestualizzati, capaci di incalzare, tra le altre cose, un pensiero che, se dovesse diventare unico, rischierebbe di compromettere l'intero disegno progettuale in quanto non darebbe la possibilità di evidenziare, in modo preventivo, eventuali criticità. Quando si parla e si chiede "ascolto" si sottende il confronto costruttivo con interlocutori cioè persone in gra-

do di prestare attenzione e poi di rispondere con le necessarie argomentazioni ma, a volte, queste occasioni sembrano molto rare. È utile sottolineare però che le aziende (ed in questo caso le Aziende Sanitarie) rappresentano importanti centri di potere e opportunità di occupazione in ogni provincia italiana. Sarebbe sufficiente (tralasciando in questo caso le missioni più specifiche e moralmente più importanti) da questo punto di vista osservare i dati riguardanti le assunzioni che direttamente o indirettamente interessano queste imprese. I numeri mostrano la grande complessità che una azienda di questo tipo richiede per essere diretta e i Direttori Generali sono "costretti" ad affrontare problematiche e ad assumere decisioni a volte non completamente comprensibili a tutti.

Le Aziende possono quindi decidere autonomamente i propri progetti e le proprie programmazioni. Spesso la politica regionale è la committenza per le aziende che a loro volta diventano nello stesso tempo committenti ed esecutrici.

Non di meno non può essere sottaciuto il fatto che l'economia delle Aziende Sanitarie sia sostenuta da denaro pubblico.

L'ascolto attento (attuato da veri interlocutori) delle istanze e delle opinioni degli operatori, eventualmente anche espresse con modalità e linguaggi non standardizzati, potrebbe dimostrarsi una mossa vincente, un concreto aiuto al fine di affrontare e ridurre possibili errori (logistici-organizzativi) che, se dovessero emergere al termine del processo (inaugurazioni) potrebbero compromettere l'intero programma "Case della Salute" con le note conseguenze negative sul consenso.

Da questo punto di vista i mmg hanno dimostrato di aver accumulato una cultura in grado di leggere il contesto e di sapersi

integrare con il territorio (specialisti, servizi, infermieri, volontariato) e con l'ospedale (es: Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Relazionali Pdta-R).

In modo sommerso e silenzioso la medicina generale ha palesato, negli anni, responsabilità e lungimiranza in merito alla costruzione della sostenibilità del servizio (documentata da numerose proposte progettuali pubblicate) e offrendo giornalmente opportunità di soluzioni centrate sulle persone prima ancora che le istituzioni riuscissero a far partire il loro cammino propositivo/progettuale/culturale.

Queste azioni hanno prodotto anche, per quanto possibile e per quanto in potere dei mmg, un alleggerimento di alcuni aspetti burocratici non tanto per traghettare la medicina di base verso una privatizzazione delle attività (peraltro sempre più minacciosa), ma per favorire al massimo le interazioni sociali nella convinzione che le relazioni di qualità siano prioritarie proprio perché in grado di migliorare l'inserimento delle persone e dei servizi nelle reti, nei circuiti locali, nel territorio dove oggi viene collocata la ricchezza (economica, culturale, umana) dagli studiosi del welfare. In effetti in anni di tumultuosi cambiamenti la medicina di base ha sempre retto tanto da continuare ad essere al vertice delle statistiche del gradimento espresso dagli assistiti/cittadini che vedono ancora il mmg come una risorsa e non come un problema. Secondo queste considerazioni è evidente che alimentare il concetto prestazionale ed individuale di businnes (es.: prestazioni quantitative incentivate o pacchetti *tutto compreso* da "vendere" alle aziende) comporta una visione più orientata alla privatizzazione e al riposizionamento della medicina generale nel settore del privato accreditato che alla

socializzazione e alla promozione delle relazioni.

Il concetto prestazionale/quantitativo procura, per forza di cose, una rifondazione radicale del rapporto azienda-Mmg. La trasformazione della medicina di base sempre più spinta verso il privato accreditato porterà inesorabilmente a ridimensionare di molto il ruolo di partecipazione alla gestione del governo clinico e della sanità da parte dei medici stessi ma anche delle aziende che diventeranno alla fine agenzie burocratizzate di controllo.

È noto che il lavoro del Mmg comprende molte dimensioni e può apparire riduttivo limitarsi ad alcuni criteri pur se misurabili con più facilità. Il medico di base, come gli altri colleghi, svolge attività di diagnosi; coltiva e perfeziona giornalmente la qualità del rapporto con il paziente e la sua famiglia; tiene in gran considerazione i propri colleghi in quanto compagni di viaggio senza attribuire valenze gerarchiche se non per il rispetto dovuto ad un comportamento e ad un esempio professionale di coerenza; i medici conseguono, per la maggior parte, un aggiornamento personale e guadagnano competenze per lo più sconosciute alle aziende; partecipano a programmi di ricerche e si occupano di didattica e tutoraggio; sono consapevoli che le loro decisioni producano conseguenze economiche importanti.

Centro Studi
Programmazione Sanitaria (Csp)
Regione Emilia-Romagna-Sindacato
dei Medici Italiani (Smi)

*Presidente Smi Regione Emilia
Romagna Responsabile Nazionale
Smi Settore Medicina Generale,

**Segretario Smi Regione Emilia
Romagna Responsabile Nazionale
Smi (Macroarea Nord-Ovest)

Settore Continuità Assistenziale,
***Mmg Fidenza (Parma)

Tabella 1

Medicina di Gruppo composta da 5 Mmg + 2 segretarie + 1 infermiera Accessi all'ambulatorio del Mmg singoli/Mmg associati	
Ogni paziente si reca dal proprio medico curante 7-8 volte all'anno (media assoluta)	12.000 accessi annui per un mmg con 1500 assistiti in carico (non sono conteggiati gli assistiti temporanei, quelli in deroga e gli accessi estemporanei)
Una Medicina di Gruppo composta da 5 medici	60.000 accessi annui per la struttura
Un NCP avanzato/una UCCP/ una UTAP/ una Casa della Salute composta da 10-20 mm	120-240.000 accessi annui per la struttura

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità, 25-31 maggio 2010

Ogni attività del Mmg si inserisce poi in processi assistenziali che coinvolgono molti altri attori tanto da rendere complessa e ardua una valutazione strettamente individuale.

Vi sono poi altre conseguenze o condizionamenti legati a situazioni di lavoro o a questioni organizzative indipendenti dagli stessi sanitari (ad es: Medicine di Gruppo ospitata in locali pubblici con contratti ad hoc e Medicine di Gruppo self-made situate in locali privati, ristrutturare autonomamente, con contratti di affitto a quote di mercato).

Le attuali modalità di valutazione dei medici del Ssn è stata giudicata fallimentare da gran parte dei medici stessi (I medici bocciano i dirigenti il Sole 24Ore Sanità, 1-7 aprile 2008; Rapporto Oasi 2010; Valutazione dei Medici a senso unico, Il Sole 24Ore sanità, 25-31 gennaio 2011).

Gli indicatori di performance storicamente utilizzati sono infatti stati tarati su valori numerici più facilmente misurabili (quantitativi) piuttosto che su prestazioni sicuramente definibili ma di più difficile individuazione e misurazione.

Raramente le aziende (A usl o Ao) riescono o vogliono misurare, ad esempio, i carichi di lavoro a cui

è sottoposta l'attività operativa giornaliera del medico (questo elemento pare perfettamente misurabile ma in grado, forse, di mettere in discussione alcuni criteri o indicatori normalmente utilizzati e ai quali si attribuiscono, con più facilità, valenze discriminanti tra buona e cattiva performance).

Nella pratica assistenziale quotidiana ogni interazione con il paziente/assistito è una prestazione sanitaria e quindi, pur nelle differenti tipologie in cui si presenta, dovrebbe essere dimensionabile. Anche per quanto riguarda le Case della Salute ciò che può essere monitorato è l'insieme complesso delle differenti prestazioni sanitarie che si offrono realmente nell'ambito di una attività sanitaria giornaliera in grado di rispondere al disagio sanitario del cittadino.

L'attenzione quindi verso sistemi innovativi di valutazione multidimensionali (competenze esplicite vs indici o criteri quantitativi; abolizione di ogni ruolo affidato a mmg in modo fiduciario in grado di far ipotizzare funzioni gerarchiche) sarebbe in grado probabilmente di potenziare la motivazione e l'adesione convinta dei mmg ad un nuovo impegno organizzativo come quello previsto dal programma Case della Salute.

Anche il medico di base non ha il tempo di adagiarsi

Dopo la frenetica stagione che ha visto confezionare progetti su progetti, spesso a vantaggio di pochi; dopo aver assistito alla precipitosa firma dell'Acn (Accordo Collettivo Nazionale = Convenzione), fortissimamente voluta dal sindacato maggiormente rappresentativo, che quotidianamente mostra tutti i guai ipotizzati a suo tempo; dopo la rincorsa alle certificazioni e all'autocelebrazione di chi dichiara di essere più bravo e di impiegare meno tempo a trascriverle e a spedirle on-line; dopo che anche le istituzioni hanno ammesso le defaillance informatiche producendo numeri verdi su numeri verdi; dopo tutte le contraddizioni inerenti le innovazioni tecnologiche che avrebbero dovuto far risparmiare "tempo clinico" ai mmg; eccoci di fronte al progetto delle Case della Salute.

La percezione è quella di trovarsi di fronte ad un complesso sistema di scatole cinesi che si richiamano l'una con l'altra (Case della Salute, organizzazione territoriale, associazionismo, appropriatezza/risparmio/riduzione variabilità intranucleo, governo clinico, gestione e prevenzione del rischio, continuità assistenziale/guardia medica/ruolo unico, libera scelta, etc.) o ad una lunga serie di matricole dove la prima più appariscente ne contiene molte altre meno visibili oppure ad un effetto domino dove una azione ne procura molte altre che seguono quasi automaticamente.

La maggior parte dei costrutti normativi sono supportati da una importante legiferazione forgiata con passaggi e principi assolutamente ineccepibili e studiati, già dal loro nascere, nei minimi particolari (termini, punteggiatura, sinonimi, richiami legislativi,

Tabella 2

Medicina di Gruppo composta da 5 mmg + 2 segretarie + 1 infermiera Casa della Salute - Contatti giornalieri per il Mmg singolo/Mmg associato	
Ogni medico curante ha in media 40-45 contatti al giorno	200-225 contatti la settimana 1200-1350 contatti al mese 14.400-16.200 contatti annui
Una Medicina di Gruppo composta da 5 medici	1125 contatti la settimana per la struttura 6750 contatti al mese per la struttura 81.000 contatti annui per la struttura
Un NCP avanzato/una UCCP/ una UTAP/ una Casa della Salute composta da 10-20 mmg	810.000-1.620.000 contatti annui
Prelievi eseguiti nel 2009 nella Medicina di Gruppo composta da 5mmg	1600 annui
Prelievi eseguiti in una ipotetica Casa della Salute/UTAP/UCCP/ NCP avanzato	1600 x 20= 32.000
Attività di prenotazione CUP eseguita nel 2009 in una Medicina di Gruppo composta da 5 mmg	5000 all'anno
Attività di prenotazione CUP eseguite in una ipotetica Casa della Salute/UTAP/ UCCP/NCP avanzato	5000 x 20= 100.000

Fonte: il Sole 24 Ore Sanità. 6-12 Aprile 2010

passaggi logici ma anche tautologie e autoreferenzialità).

Questa blindatura (ad esempio contenute in decreti legge o in delibere) si ripercuote poi a cascata su Convenzioni, Accordi Regionali, Accordi Locali, circolari, note interpretative.

Il personale amministrativo delle organizzazioni sanitarie che può dedicarsi a questa attività, per tutto il tempo necessario, è molto numeroso.

Il prodotto finale è quasi perfetto e lascia poco spazio ai medici e alle loro rappresentanze sindacali anche perché lo stesso processo interpretativo resta prioritariamente in carico o al legislatore nazionale o alla regione o all'azienda. C'è da augurarsi che tutta questa carica energetica di risorse possa essere incanalata anche in favore della professione medica e non solo per sua mortificazione secondo la teoria dei giochi a somma positiva (L'indice energetico

di una organizzazione, Panorama della sanità, n.33, settembre 2010).

Mmg libero professionista o parasubordinato

È convinzione diffusa che la bilancia penda da tempo verso il piatto della parasubordinazione. Le convenzioni, le norme, i contratti, gli obiettivi, le azioni incentivate o incentivanti sembrano condurre ad una graduale riduzione dell'autonomia del mmg senza approdare mai ad una vera e propria dipendenza. Attualmente però le normative (e il fisco) continuano a considerare il mmg come libero professionista. Ne deriva quindi che questa caratteristica debba, per forza di cose, influenzare anche ogni eventuale accordo/contratto che preveda l'inserimento dei mmg (organizzati in medicine di grup-

po) all'interno delle Case della Salute.

L'autonomia (inquadramento come liberi professionisti) resta ancora oggi una preziosa caratteristica per i mmg che continuano ad essere scelti in modo fiduciario dai pazienti: una relazione specifica che ha permesso, tra le altre cose, al Ssn di venir considerato uno dei migliori al mondo. Gli assistiti inoltre, aspetto di non poco conto, secondo le regole attualmente in vigore (quota capitaria) sono coloro che producono, per il mmg, la maggior parte del reddito.

Alcuni colleghi prevedono una evoluzione della medicina di base e del mmg in direzione prestazionale/quantitativa e pensano che il medico debba predisporre pacchetti di attività "tutto compreso" da "vendere" alle aziende sanitarie. In questo caso il ruolo del mmg diventerebbe sempre più simile a quello dei privati accreditati. Questo riposizionamento può anche essere desiderabile per alcuni ma occorre essere consapevoli che questo porta a contraddire ogni filosofia di coinvolgimento dei mmg nel governo clinico e nella gestione aziendale.

Nello stesso tempo è palese che una relazione di tipo prestazionale/quantitativa significativamente parasubordinata o francamente subordinata (molto vicina alla dipendenza) faciliterebbe senz'altro il raggiungimento molti obiettivi economici/prestazionali/quantitativi cari alla programmazione aziendale.

Codesta ambiguità si sta trascinando da tempo (il Mmg viene considerato dal fisco e dalla legislazione come un libero professionista convenzionato con il Ssn) ma nella pratica il medico di base è chiaramente parasubordinato. Questo non ha impedito di raggiungere importanti traguardi. Infatti nonostante che a volte gli obiettivi di risparmio non siano

Tabella 3

Monte ore settimanali necessarie per svolgere il servizio di Assistenza Primaria per un Mmg
Monte ore settimanali per un Mmg singolo

Funzioni burocratiche	10.30h
Attività di front office	25.00h
ADI (1, 2°,3°livello + trasfusioni domiciliari + paracentesi domiciliari) max 2 casi la settimana in carico	3.30h
ADI di 3° livello (in particolare dedicate alla cure palliative) max 1 caso la settimana	2.00h
Piccola chirurgia e piccole medicazioni (+ ulcere vascolari)	2.00h
Patologie croniche con ambulatori dedicati (es.: diabete)	0.30h
Educazione sanitaria e ai corretti stili di vita	1.00h
Vaccinazione e partecipazione a progetti aziendali e regionali	0.30h
Attività di controllo sulle liste d'attesa e sugli accessi impropri alla specialistica e al PS grazie all'attività di primo livello dei Mmg	0.30h
Hospice/RSA/CasaProtetta/Integrazione con i Servizi Sociali territoriali	0.30h
Attività di coordinamento/ interfaccia/ referente per il NCP	1.00h
Attività di coordinamento/interfaccia/ referente per la Medicina di Gruppo	2.00h
Attività di aggiornamento obbligatorio e di autoformazione di NCP	5.00h
Totale monte ore settimanale (sono escluse tutte le visite domiciliari estemporanee non programmate - non ADI- che richiedono come minimo 1 ora ciascuna)	50.00h settimanali

Fonte: il Sole 24Ore Sanità, 16-12 aprile 2010

stati raggiunti nella precisione del dato numerico, occorre sottolineare che la cultura di risparmio-appropriatezza ha comunque ottenuto significativi risultati di economia di scala (cioè sui grandi numeri): quando si indica un obiettivo di risparmio o di approp-

priatezza al quale molti tendono, anche se questo non viene perfettamente raggiunto, il movimento complessivo orientato verso la meta e basato sulla partecipazione di grandi numeri (di medici) produce in ogni caso un risparmio notevole.

Alla luce delle attuali criticità professionali e delle esigenze di sostenibilità del Ssn che richiedono sempre di più forti gradi di parasubordinazione molti colleghi considerano utile o necessario il passaggio alla dipendenza.

Cos'è una "Casa della Salute"

In sintesi le Case della Salute sono (saranno o dovrebbero essere) strutture murarie pubbliche ben identificabili dalla popolazione entro le quali si creeranno organizzazioni gestionali per offrire ai cittadini/assistiti un certo numero di servizi socio-sanitari-medici. Il disegno progettuale, così come è stato presentato, contiene alcuni aspetti di possibile interesse. Se verranno considerate le criticità emerse dall'esperienza accumulata nelle Medicine di Gruppo (differenze tra opportunità e assistenza ai cittadini) e dalle difficoltà evidenziate dai medici singoli si potrebbe creare un interessante tema di confronto costruttivo.

L'attuale criticità economica contrasta non poco con l'impegnativo progetto "Case della Salute" in quanto sono ancora molto evidenti le disomogenee situazioni strutturali, finanziarie, assistenziali emerse dalla esperienza delle Medicine di Gruppo.

A suo tempo il rinnovamento dell'organizzazione assistenziale territoriale fondato sulle Medicine di Gruppo ha portato effettivamente uno sconvolgimento nelle modalità operative storiche tipiche della medicina di base: l'entità del fenomeno è stato comunque contenuto, nelle sue valenze di criticità, dal fatto che i medici in gruppo coinvolti fossero in grado di mobilitare 7.500 - 10.000 assistiti (una parte di un possibile quartiere o di un ambito popolato ipoteticamente da 30.000-45.000 persone).

Tabella 4

Fondi per garantire una attività assistenziale (oraria) avanzata a compenso della riduzione dei posti letto ospedalieri (NCP avanzati/ Medicine di Gruppo avanzate/ UCCP/ UTAP/ Case della Salute)	
50 ore settimanali di attività di un Mmg a 80.00 € ora (in Inghilterra ogni Mmg riceve 90 dollari all'ora)	4000€ settimanali; 16.000€ mensili

Fonte: il Sole 24 OreSanità 6-12 aprile 2010

Le Case della Salute invece potrebbero superare di molto questi numeri se si immagina un coinvolgimento di gruppi con 10-20 Mmg.

Fino a pochissimo tempo fa si auspicava un potenziamento e un riconoscimento convinto dell'esperienza delle Medicine di Gruppo nella certezza di aver individuato la migliore organizzazione in grado di garantire tutta la sostenibilità possibile. Questa organizzazione per tendere alla eccellenza avrebbe potuto/dovuto ricevere un supporto più concreto da parte di strutture di prossimità intermedie (hospice, case protette, Rsa, Day Hospital o Day Center, integrazioni fattivamente operative con la sempre più indispensabili assistenza sociale) e da parte di utility e benefit per il singolo e per il gruppo.

Ora viene proposto questo nuovo progetto (Case della Salute) sostenuto dalla determinazione di aver trovato un nuovo strumento per rendere difendibile e sostenibile tutto il sistema assistenziale territoriale (e ospedaliero).

Per altro pare che l'attribuzione di "modello sperimentale regionale" al progetto "Case della Salute" possa far confluire nel territorio interessato dalla sperimentazione finanziamenti straordinariamente adeguati ed in grado di allineare pregresse difformità e criticità.

In merito al numero dei servizi offerti, una volta costruite, le Case delle Salute (CdS) verranno

distinte in CdS piccole, medie e grandi.

Il Documento-Delibera Regionale della Regione Emilia-Romagna (2010) nel quale sono declinate tutte le caratteristiche strutturali è oltremodo corposo. In estrema sintesi si può già considerare "CdS piccola" una medicina di gruppo con una strutturazione minima; "CdS media" una medicina di gruppo che possa offrire alcuni servizi più avanzati come la specialistica, i prelievi, il Cup, le medicazioni oltre all'H12, l'assenza di barriere architettoniche, la gestione delle patologie croniche. La "CdS grande" può offrire tutte le caratteristiche di uno o più medicine di gruppo avanzate associate con tutti i servizi territoriali aziendali socio-sanitari e assistenziali.

Da quanto descritto si comprende come la vera innovazione sia rappresentata proprio dalla Casa della Salute "Grande" che è in grado di offrire effettivamente una qualità/quantità di offerta alla popolazione nettamente superiore alle altre Case della Salute. Le CdS Grandi sono state però individuate solo in pochi territori (alcuni di questi per altro già coperti da servizi socio-sanitari-assistenziali). Le ambizioni quindi di molte Medicine di Gruppo self made rivolte a migliorare la propria situazione logistica e di offerta di servizi potrebbe non essere soddisfatta completamente.

Le Medicine di Gruppo, nel frattempo, continuano a rappresenta-

re una realtà e una concreta assistenza territoriale non retorica: in attesa del compimento del "programma Case della Salute" sarebbe opportuno impiegare una parte delle risorse disponibili per sostenere e potenziare le Medicine di Gruppo self made che da tempo presentano gravi sofferenze e che, in caso di mancata considerazione, potrebbe obbligare molte di queste a ridurre l'offerta di servizi (es.: H12).

"Case della Salute": una breve storia

È possibile, come alcuni hanno suggerito, che il termine casa della salute abbia preso lo spunto dai termini americani "Home care" o "Home Health Care" o "House health": nella prassi però i significati e le funzioni delle Case della Salute ipotizzate per il nostro territorio sono molto diverse.

Una diversità che distacca molto il progetto nostrano da quello Spagnolo per importanti elementi strutturali (In Spagna i mmg inseriti nelle CdS sono dipendenti ed ogni medico ha almeno una infermiera, il personale amministrativo e di segreteria è invece in comune).

Dopo i primi annunci (Governo Prodi) e pochi richiami mantenuti in alcuni articoli della convenzione (Acn 2005, 2009 con l'appendice 2010) seguiti a sua volta da rarissime esperienze nazionali, il tema non è più stato affrontato in quanto la politica sanitaria (nella Regione E-R), seguendo quanto inserito nell'Accordo Regionale del 2006, si è concentrata in particolare sullo sviluppo delle medicine di gruppo, sull'implementazione dei Ncp e sull'inserimento dei mmg negli organigrammi delle Ausl come consulenti a supporto alle aziende stesse (Mmg in staff e/o di distretto).

Tabella 4

Sintesi sinottica integrata dei possibili incentivi derivanti da ACN (2005) e da Accordi Regionali (2006) tutt'ora in atto (Parte variabile della retribuzione)

Progetto	Riconoscimento economico	
Disponibilità all'integrazione, all'accettazione della logica professionale dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) e per la conoscenza base informatica	1€ per assistito all'anno	
Disponibilità all'allacciamento alla rete informatica	0.30€ per assistito all'anno	
Per i medici "singoli" o per le associazioni singole che sviluppano una "rete"	4,70€ per assistito all'anno	
Per i medici che essendo già in "rete" o in gruppo adeguano la loro organizzazione alla tipologie previste per il NCP e all'integrazione con la CA	1€ per assistito all'anno	
Per i medici non associati o singoli che aderiscono alla logica dei NCP	1,30€ per assistito l'anno	
Per i medici non associati o singoli che aderiscono alla logica del NCP ed accettano di integrare gli orari di studio al fine di raggiungere le 7 ore complessive di ambulatorio in attesa di formalizzare la loro posizione in una forma associativa più organica	2,58€ per assistito all'anno	
Per la partecipazione al progetto Sole (organizzazione informatica regionale)	5€ per assistito all'anno	
Per ogni ora aggiuntiva alle 7 ore convenzionali di accesso all'ambulatorio per un massimo di ulteriori 5 ore (= H12)	1€ per assistito all'anno per ogni ora aggiuntiva (5€ per un H12)	
Collaboratore di studio	3,50€ per assistito all'anno	
Infermiere/a	4€ per assistito all'anno	
Medicina di gruppo	7€ per assistito all'anno	
Medicina in rete	4,70€ per assistito all'anno	
Medicina in associazione	2,58€ per assistito all'anno	Organizzazione abolita
Ruoli di partecipazione dei mmg alle attività aziendali	60€ all'ora	Commissioni varie, ruoli fiduciari aziendali, consulenze, studi progettuali, tutoraggio, coordinatore di NCP, MMG in staff, MMG di Distretto, MMG di Dipartimento Cure Primarie, Collegio di Direzione, UCAD, Comitati Aziendali, Comitati Regionali, Collegio Arbitrale, Animatori, Convegni ecc.
Fondo nazionale di 3,08€ per assistito regionale	20% per progetto (es.: diabete)40% per progetto (es.: attività di educazione individuale permanente finalizzata a corretti stili di vita)40% per progetto(es.: applicazione corretta delle procedure di accesso alle prestazioni secondo programmi di appropriatezza e di governo clinico)Eventuale quota (quota parte) non distribuita a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi da parte dei alcuni mmg verrà a sua volta ridistribuita a coloro che avranno raggiunto gli obiettivi concordati a livello locale	

Tabella 6

Le aziende USL e le Aziende Ospedaliere autentiche "imprese/industrie" di ogni provincia italiana	
Dipendenti Fiat Auto nazionale (2003)	44.500
Dipendenti SSN (2003)	659.000
Dipendenti Ausl Regione Emilia Romagna (2003)	55.000
Dipendenti Ausl di Parma (2008)	6.250
Bilancio Regionale	80% del Bilancio Regionale riguarda la sanità

Fonte: internet

Tabella 7

Ricerca statistica sulla soddisfazione/gradimento degli utenti in merito alle associazioni mediche	
Dai dati analizzati non sembrano emergere differenze significative nel gradimento tra mmg associati e mmg singoli	Mmg soli o in team pari sono per gli assistiti

Fonte: Il Sole 24Ore Sanità, 25-23 maggio 2010

Nel mese di Febbraio del 2010 il tema delle Case della Salute è ritornato in auge grazie ad una delibera approvata dal Consiglio Regionale dell'E-R con oggetto: "Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione".

"Case della Salute" e la ricerca di una equità smarrita

Quando un progetto viene definito sperimentale e pilota questo favorisce una specifica attenzione istituzionale verso l'iniziativa in grado di attirare finanziamenti particolari e straordinari. Tutto ciò potrebbe dare il via ad una nuova stagione di confronto e di accordi locali nelle more di contrattazioni nazionali che non verranno attivate per almeno tre anni. E necessario sottolineare che il progetto Case della Salute resta una programmazione progettuale che pare nascere dall'alto e da

necessità di tipo politico, è una idea tipicamente up-down è non è derivata da una discussione o da una condivisione con la base. È pur vero che è la riesumazione di un progetto del ministero Turco, ma è anche vero che certe condizioni specifiche che rendevano un progetto interessante alcuni anni fa sono ora profondamente mutate.

Alcune strutture murarie potrebbero divenire operative in poco tempo essendo già esistenti e funzionali come centri o poli socio-sanitari. Altre sedi dovranno invece essere costruite ex novo. Come già ricordato l'esperienza accumulata con le Medicine di Gruppo (organizzazioni che attualmente più si avvicinano alle annunciate Case della salute) ha evidenziato come anche la logistica, se eccessivamente differenziata, produca disparità di trattamento, di opportunità, di operatività e di assistenza: l'offerta quindi di locali pubblici a tutti

coloro che desidereranno partecipare alle medicine di gruppo che a loro volta verranno inserite nelle Case della Salute potrebbe forse ristabilire quell'equità a suo tempo smarrita.

Il disegno delle strutture murarie delle Case della Salute e la loro organizzazione funzionale può trovare quindi un validissimo sostegno pratico operativo dall'esperienza accumulata delle Medicine di Gruppo: queste conoscenze organizzative-logistiche potrebbero/dovrebbero essere ascoltate o condivise da parte aziendale al fine di ridurre eventuali sviste od errori dei tecnici.

"Case della Salute" e le Medicine di Gruppo

La stagione delle Medicine di Gruppo pur con tutte le sue contraddizioni non è ancora stata completamente vissuta (anche se pare già finita).

La mancata stabilizzazione degli apprendimenti e delle esperienze derivate da questa avventura e lo scarso ascolto dei protagonisti potrebbe alla fine risultare controproducente per il programma Case della Salute. Ancora troppi dubbi organizzativi sembrano preoccupare i Mmg.

L'annunciata volontarietà dell'adesione dei mmg al progetto potrà soddisfare tutte le richieste? Coloro che non potranno partecipare all'esperienza delle Case della Salute a causa di una disponibilità logistica ridotta come saranno considerati?

Chi sceglierà di non partecipare comunque al progetto rimanendo nel proprio ambulatorio o nella propria Medicina di Gruppo come verrà inquadrato negli organigrammi territoriali?

La Medicina di Gruppo, secondo le norme amministrative vigenti (a differenza degli studi associati di altri professionisti come gli

Tabella 8

Indice Energetico Di Una Organizzazione (Azienda privata, Azienda AUSL, Medicina di Gruppo, UCCP, UTAP, NCP avanzato, Casa della Salute)	
Indice energetico di una organizzazione	Costo della struttura, personale, coinvolto, tutte le risorse che partecipano al suo funzionamento Risultati ottenuti in termini di servizio, miglioramento della qualità della vita, ecosistema sociale di riferimento

Vedi: L'indice energetico di un'organizzazione, Panorama della Sanità, n. 33, settembre 2010

avvocati) è considerata un insieme di ambulatori singoli come se questi fossero "incollati" tra loro. Lo stesso vale anche nel caso vi fossero più medicine di gruppo che dovessero entrare in una casa della salute.

È prevedibile che, in mancanza di norme subentranti, le Medicine di Gruppo che vorranno o che potranno entrar a far parte delle Case della Salute dovranno mantenere la stessa strutturazione organizzativa/gestionale che le caratterizza oggi sul territorio. In questi anni le MdG hanno tra l'altro svolto una funzione di trascinamento e di stimolo dei Ncp (Nuclei di Cure Primarie). I componenti dei Ncp hanno a loro volta eletto un collega affinché potesse svolgere la funzione di referente del Ncp stesso. Per i mmg del Ncp il "loro" referente è in grado di svolgere funzioni di rappresentante, di coordinatore organizzativo-gestionale e di interfaccia tra i mmg e l'azienda o altre istituzioni grazie anche al mantenimento completo dell'attività lavorativa di mmg all'interno dello stesso Ncp.

Il recente Acn del 10 marzo 2010, all'Art.1, contempla però l'istituzione del referente dell'Unità Complessa di Cure Primarie (Uccp). L'Uccp in una prima interpretazione veniva considerata una specie di Medicina di Gruppo avanzata (?) ora potrebbe forse

essere assimilabile, in alcune realtà, alle Case della Salute.

Al punto 1 di questo articolo si afferma che: è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'Uccp (convenzionati almeno da 5 anni). Al punto 2 si stabilisce che: gli accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti, e le responsabilità del referente unico dell'Uccp definendo i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere. Al punto 3 si definisce che: i referenti di Uccp si avvalgono della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali (cioè dei Ncp).

Secondo quanto appreso dalle interviste somministrate ai medici interessati alle problematiche inerenti le Medicine di Gruppo/Case della Salute e raccolte dagli autori di questo articolo non sarebbe però gradita una ulteriore burocratizzazione della Medicina di Base attraverso la creazione di altre figure gerarchiche (c.d. primarietti) che comunque interferirebbero con l'attività e la funzione dei Ncp.

Una eventuale figura o un ruolo *non elettivo* ma fiduciario potrebbe essere vissuto come sovrapposto ad una funzione già svolta da un collega *eletto* dai componenti del Ncp e quindi considerata come inopportuna, controproducente, contradditto-

ria, e forse potrebbe compromettere le intenzioni o le volontà di partecipare al progetto delle Case della Salute.

Un ulteriore ruolo con funzioni gerarchiche, calato dall'alto, fiduciario aziendale (c.d. primarietto), eventualmente distaccato, per qualche ora, da una operatività quotidiana di Mmg, sarebbe di difficile comprensione in quanto apparirebbe come un doppiopione inutile ed una dispersione di risorse economiche non giustificabili in presenza di competenze organizzative già rodute (coordinatori/referenti di Ncp e di Medicina di Gruppo).

Le Case della Salute piccole e medie inoltre non hanno ragioni di modificare la propria rappresentatività interna sostenuta dai Referenti di Medicina di Gruppo (che, in considerazione del lavoro svolto in questi anni, potrebbero essere assimilabili a referenti di sub-area) e dai Referenti/Coordinatori di Ncp.

Anche in questo caso forse la dipendenza risolverebbe la problematica alla radice.

In mancanza di una legislazione che contempra la dipendenza, pare più opportuno che la gestione generale materiale di una Casa della Salute "Grande" debba quindi rimanere in capo all'azienda (Direttore del Dipartimento Cure Primarie o altro medico del Dipartimento) senza coinvolgere in questo alcun Mmg.

Il Mmg e il loro rappresentante (Referente/Coordinatore di MdG e di Ncp indicato ed eletto dai colleghi) non dovrà inoltre sottostare gerarchicamente a chicchessia e nello stesso tempo ogni altra forma di responsabilità gestionale interna alla Casa della Salute che sia differente da quella del Referente/Coordinatore di Ncp dovrà essere assolutamente paritaria con i Mmg e con i rappresentanti stessi dei mmg in gruppo o in Ncp.

Tabella 8

Normative sulla sicurezza:
Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 (ex 626)
Coordinato con il Decreto Legislativo n.106/2009

Obblighi del datore di lavoro (relative documentazioni e certificazioni da conservare in archivio e da presentare in caso di controlli degli istituti e degli organi preposti)	A Documentazione inerente la destinazione d'uso, le conformità edilizia e l'agibilità e tutti i requisiti di natura edilizia B Documentazione inerente i requisiti specifici degli ambulatori	A1 In genere evasi con le pratiche di fine lavori consegnate dal tecnico incaricato di seguire tutte le pratiche prima di accedere ai locali B1 Di norma evasi con l'autorizzazione concessa dai Responsabili del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl prima dell'inizio delle attività	A2 Documentazione una tantum B2 Documentazione una tantum
Medico competente	1 Nominare il medico competente		
Incaricato per la sicurezza	2 Designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzioni ed incendi	2.1 Fornire dispositivi di protezione individuale,	
Visita medica	3 Inviare i lavoratori alla visita medica		
Formazione	4 Adempiere agli obblighi di informazione, formazione ed addestramento		
Valutazione dei rischi	5 Conservare un documento di valutazione dei rischi presenti o ipotetici riguardante il l'ambiente di lavoro		
Primo Soccorso	6 Prendere provvedimenti necessari in materia di primo soccorso		
Rappresentante per la sicurezza	7 Istituire un rappresentante dei lavoratori per la sicurezza		
Documentazione per un ambulatorio con personale dipendente (es.: una medicina di gruppo)	1 Inizio attività 2 Ragione Sociale 3 Datore di Lavoro o rappresentante responsabile ai fini della sicurezza 4 Descrizione dell'attività svolta 5 Indirizzo 6 Superficie totale occupata dall'azienda (medicina di gruppo) 7 AUSL di appartenenza 8 Autorizzazione al funzionamento dello studio-medicina di gruppo 9 Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione 10 Nomina del Medico Competente 11 Lezione-Nomina del rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza	9.1 Effettuazione del corso obbligatorio 9.2 Lettera di designazione 10.1 Lettera di nomina 11.1 Data dell'elezione-nomina con verbale 11.2 Effettuazione del corso di formazione 11.3 Comunicazione all'INAIL	
Antiincendio	12 designazione dell'incaricato all'attuazione delle misure di prevenzione incendi	12.1 Attestato di formazione 12.2 Lettera di designazione 12.3 Documento contenete elenco dei mezzi antiincendio	12.4 piano d'emergenza 12.5 vie ed uscite di emergenza 12.6 estintori
Primo soccorso	13 designazione di un incaricato	13.1 se medico o sanitario non necessita di corso di formazione	13.2 Il corso formativo necessita di un aggiornamento triennale






segue da pagina 25

**Normative sulla sicurezza:
Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 (ex 626)
Coordinato con il Decreto Legislativo n.106/2009**

Organigramma	per le misure di primo soccorso 14 Descrizione scritta dell'organigramma aziendale riportante nome e cognome e qualifica dettagliata di ognuno	14.1 Descrizione del mansionario in caso di compiti specifici ed eventualmente strumentazione utilizzata da ciascuno	
Ricovero indumenti	15 Presenza di armadietti a doppio scomparto per abiti civili e abiti da lavoro		
Registro infortuni	16 Presenza del registro infortuni vidimato ed aggiornato		
Procedure di lavoro	17 Presenza di procedure scritte di lavoro	17.1 Eventuali protocolli per la disinfezione e la pulizia dei locali corredato di schede dei prodotti utilizzati	17.2 Protocolli per la profilassi post-esposizione, per la manutenzione delle attrezzature, per la sanificazione e sterilizzazione dello strumentario 17.3 Programmi di controlli di qualità per verificare l'efficacia dei processi di sanificazione e sterilizzazione 17.4 elenco dei dispositivi di protezione individuali e protocolli di manutenzione degli stessi
Impianto elettrico	18 Documento di Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico fisso o Dichiarazione di Rispondenza con documenti di invio all'UOIA dell'AUSL e all'ISPESL 19 Documentazione delle verifiche periodiche agli impianti elettrici fissi eseguite da personale qualificato	18.1 Documentazione del progetto dell'impianto elettrico 19.1 Verbalì delle verifiche periodiche biennali dell'impianto di terra eseguite dall'UOIA dell'AUSL o da organismo abilitato	19.2 Documentazione attestante l'avvenuta esecuzione delle verifiche periodiche previste dal costruttore degli apparecchi elettromedicale eseguito da personale qualificato (fatture) 19.2 documentazione delle verifiche semestrali delle luci di emergenza 19.3 documentazione delle verifiche annuali delle funz differenziali
Apparecchiature	20 Presenza di tutti i manuali d'uso e manutenzione, in Italiano, di ogni apparecchio elettromedicale presente in ambulatorio	20.1 Presenza dei Certificati di Conformità alle norma CE con marcatura	20.2 manutenzioni e verifiche come da indicazioni del costruttore
Sorgenti di radiazioni ionizzanti, ottiche, rumore, vibrazione	21 Apparecchiature con sorgenti di radiazioni ionizzanti, radiazioni ottiche, apparecchiature rumorose o generatrici di vibrazioni (di norma non presenti in un ambulatorio di mmg)		
Prodotti chimici	22 Elenco aggiornato delle sostanze o dei prodotti chimici utilizzati con verifica delle scadenze	22.1 Schede di sicurezza delle sostanze utilizzate	
Areazione	23 Areazione adeguata dei locali adibiti allo stazionamento delle persone		



 segue da pagina 26

Normative sulla sicurezza: Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 (ex 626) Coordinato con il Decreto Legislativo n.106/2009			
Rifiuti Speciali	24 Presenza di un registro dei rifiuti speciali	24.1 Responsabile del registro rifiuti speciali	24.2 contratto di smaltimento con ditta specializzata 24.3 depositi temporanei 24.4 smaltimento con frequenza mensile
Formazione	25 Periodica formazione/informazione del personale	25.1 Riscontro documentale dell'avvenuta formazione e del relativo apprendimento	25.2 documentazione dell'avvenuto addestramento
Impianto termico	26 Documento di dichiarazione di conformità	26.1 Presenza del manuale d'uso della caldaia, libretto di impianto, locali adeguati con areazione	26.2 Documentazione della avvenuta manutenzione ordinaria annuale e del controllo della combustione biennale

Come già ricordato la dipendenza non creerebbe queste problematiche in quanto l'azienda, ogni azienda, organizza il proprio personale come ritiene più opportuno.

Come è nota la direzione di una struttura istituzionale anche complessa può essere affidata dal Direttore Generale a qualsiasi *dirigente* dipendente aziendale o consulente: infermiere, psicologo, sociologo, avvocato o medico.

Al momento le norme inerenti i mmg e le Case della Salute non considerano ancora il passaggio alla dipendenza ed è necessario quindi ribadire come tutte le posizioni di rappresentatività dei mmg (Referenti/Coordinatori di Gruppo o di Ncp) debbano mantenere un ruolo autonomo, di servizio e senza mai rivestire funzioni gerarchicamente sovraordinate ai medici stessi.

I colleghi che da anni gestiscono le Medicine di Gruppo "self made" sanno molto bene che occuparsi della loro struttura significa affrontare, giornalmente, una infinità di problematiche (dall'apertura alla chiusura della struttura; dalla funzionalità impiantistica d'inverno e d'estate alle piccole riparazioni e al vandalismo; dal funzionamento dei sistemi HI-FI ai turni delle infermiere; dalle assenze o malattie o ferie di personale alle esigenze degli spe-

cialistiche o dei servizi ospitati nella Casa della Salute) che richiedono, tra l'altro, una presenza quasi costante.

Da questo punto di vista è evidente che quelle Medicine di Gruppo che "rientrerebbero" in una Casa della Salute dovrebbero intravedere migliori organizzative, gestionali, economiche, di funzionamento, di riconoscimento, di ascolto e visibilità.

In caso contrario le motivazioni ad entrare in una struttura tipo Case della Salute potrebbero ridursi.

In una Casa della Salute (soprattutto se "Grande") il volume totale di lavoro sarà inevitabilmente *incrementato ed incrementale* per i mmg secondo il principio dell'offerta (aumentata) e del consumo (aumentato). Per far fronte a tutto questo senza disperdere energie e risorse sarà necessario prevedere una organizzazione interna che può derivare solo dall'esperienza operativa maturata in questi anni dai medici di base che operano e hanno operato in gruppo o in Ncp.

Nel caso le problematiche legate alla rappresentatività e all'organizzazione interna non dovessero essere affrontate prima di inaugurare i locali o le strutture murarie questo potrebbe comportare un appannamento dell'interesse, dei

mmg che hanno la possibilità di scegliere e decidere, a partecipare al progetto Case della salute.

"Case della Salute" e il medico così detto "singolo"

È stato sostenuto che il medico "singolo" debba ormai essere considerato anacronistico e che non riuscirà più ad esercitare la propria professione considerato il fatto che la complessità della medicina di base è destinata ad aumentare.

È possibile che le cose vadano in questo modo ma l'affermazione sottende una convinzione molto impegnaviva.

Non è detto infatti che la diffusa necessità di avere relazioni umane sempre più pregnanti non crei improvvisamente una controtendenza a ciò che ora viene considerato politicamente corretto. Il parere espresso dagli assistiti pare sostenere questi dubbi (Mmg singoli o in team pari sono, Il Sole24Ore Sanità 25-31 maggio 2010: ricerca sulla percezione degli assistiti e dei medici nei confronti delle medicine di gruppo).

Chi desidera praticare la professione da solo forse potrà offrire agli assistiti meno efficienza (= velocità nel far bene le cose) e

meno tecnologia, riceverà senz'altro meno incentivi e non vedrà nel cedolino le quote stipendiali variabili ma probabilmente potrà offrire più efficacia (= fare bene le cose giuste), relazione ed ascolto e potrà condividere con i propri pazienti quella lentezza che potrebbe diventare talmente formativa ed educativa da creare a sua volta addirittura una appropriatezza comportamentale e psicologica inaspettata. L'ascolto potrebbe alla fine essere considerata dagli assistiti la vera qualità tanto da ipotizzare anche un possibile incremento di reddito "sua sponte".

Da tempo alcuni colleghi fautori convinti, a suo tempo, dell'associazionismo medico stanno ipotizzando un ritorno agli ambulatori storici singoli senza rifiutare l'ammodernamento informatico e senza rifiutare norme o contratti ma tentando di ridurre al minimo gli obblighi aggiuntivi, abolire il personale e le incombenze derivate dalla legge 81/2008.

"Case della Salute" e il coordinatore/referente

Un coordinatore è colui che è deputato ad armonizzare alcune attività affinché vi sia una certa omogeneità nei comportamenti. Un referente o portavoce è colui che rappresenta qualcuno o un gruppo e può rendere noto il parere o il pensiero di queste persone o di questo gruppo.

Un coordinatore/referente ha anche una funzione di interfaccia cioè può collegare una parte con un'altra (es.: i mmg con l'azienda o con istituzioni tipo il comune oppure con organizzazioni di cittadini).

L'esperienza accumulata dalla stagione delle Medicine di Gruppo e dei Ncp ha dimostrato come spesso i due termini vengano utilizzati come sinonimi.

Il ruolo di Referente/Coordinatore di Ncp ha aumentato nel tempo la sua importanza e le sue competenze a causa dell'incremento della complessità professionale e relazionale della medicina generale territoriale. Per questo motivo la funzione del Referente/Coordinatore di Ncp dovrebbe rimanere assolutamente elettiva (a scrutinio segreto). Alcuni colleghi che da anni svolgono questa attività con passione e con spirito di servizio hanno autonomamente considerato necessario eseguire percorsi formativi specifici al fine di aggiornare e professionalizzare questa funzione.

L'avvenuta formazione documentata e lo svolgimento corretto del compito negli anni (riconosciuto ed apprezzato dai colleghi del Ncp tramite l'elezione a scrutinio segreto) sono criteri da ricercare e da considerare di eccellenza.

Quando invece un coordinatore viene nominato dall'Alta Direzione Aziendale si dice che è fiduciario (come avviene ad esempio tra i dipendenti o tra i dirigenti aziendali oppure per i ruoli di mmg in staff o di distretto).

Le due funzioni/ruoli (elettivo o fiduciario) hanno quindi valenze, appartenenze, derivazioni e interessi completamente diversi. I mmg in staff o mmg di distretto sono mmg che vengono scelti dall'azienda con criteri fiduciari al fine di poter avvantaggiarsi delle competenze di questi stessi professionisti che in pratica entrano a far parte dell'organigramma aziendale. Questo ruolo comporta funzioni di consulenza affinché l'azienda stessa possa ottenere le indicazioni migliori per raggiungere i propri obiettivi. I consulenti aziendali devono giustamente operare per gli interessi aziendali (da contratto).

Se questi medici-consulenti hanno anche un ruolo sindacale importante risulta evidente il grave conflitto d'interessi: un dirigen-

te sindacale dovrebbe avere come scopo principale quello di fare l'interesse dei propri iscritti ma, se il sindacalista ricopre un ruolo fiduciario, dovrà operare per gli interessi aziendali.

Un'azienda ha tutto il diritto e forse il dovere di agire in modo da ottenere il massimo vantaggio possibile ed è quindi lecito e logico che sia strategica nelle scelte anche di consulenza e di questo non deve giustificarsi con nessuno (fatto salvo per l'utilizzo di denaro pubblico per assumere consulenti). Coinvolgere contrattualmente coloro che l'azienda considera opinion leader sindacali assicura automaticamente il coinvolgimento di molti mmg su progetti di interesse aziendale.

La singolarità di questa esperienza e delle sue conseguenze, assai ambigue, non sta tanto nel fatto che l'azienda agisca scegliendo ciò che considera utile per se stessa ma che la maggioranza dei medici condivida, con la propria appartenenza sindacale, questa operazione ritenendo che gli obiettivi aziendali e quelli dei mmg coincidano (ma se gli obiettivi coincidono non dovrebbe esserci la necessità di *incentivare* progetti-obiettivo).

Il Referente/Coordinatore del Ncp ha mantenuto invece nel tempo chiarezza e trasparenza, è eletto dai colleghi del Ncp (a scrutinio segreto) e rappresenta le istanze e gli interessi di quel gruppo o di quel nucleo senza tortuosità di sorta. La rielezione, i tempi, la sostituibilità dovrebbe essere condivisa nel Ncp e normata da un semplice regolamento interno scritto. L'elezione a scrutinio segreto è preferibile in quanto le elezioni palesi hanno dimostrato di seguire modalità troppo diversificate a fronte di una necessaria uniformità dei comportamenti documentabili.

I pazienti-clienti utenti di una Medicina di gruppo inserita in una "Casa della Salute"

La medicina di gruppo per poter funzionare (anche come piccola azienda), necessita di alcune semplici ma essenziali regole contenute nella così detta carta dei servizi che è l'unico documento che, insieme all'orario di ambulatorio, va obbligatoriamente esposto in sala d'aspetto.

Una norma fondamentale che riguarda gli assistiti è quella della non circolarità della libera scelta: i cittadini non possono trasferirsi da un medico all'altro se quest'ultimo è un componente della Medicina di Gruppo. In caso di ricusazione l'assistito deve scegliere un medico al di fuori dell'associazione alla quale appartiene il medico rifiutato. Già questo rappresenta una limitazione dell'istituto della libera scelta che paga pegno alla sostenibilità del sistema assistenziale. In una Casa della Salute questo strumento potrebbe diventare ancora più esteso quando dovessero unirsi due o più medicine di gruppo e altri medici singoli. Nello stesso tempo questa regola garantisce una certa stabilità e serenità tra i mmg componenti della Medicina di Gruppo stessa che non potrebbe convivere senza questa regola professionale e aziendale (ogni medico è una piccola impresa).

"Case della Salute" e le Medicine di Gruppo self-made

In questi anni molte Medicine di Gruppo indicate come "self made" (medicine di gruppo che non hanno mai avuto la possibilità di ottenere locali pubblici nonostante le ripetute richieste) hanno manifestato molte sofferenze soprattutto economiche.

Questo grido di dolore del "terapeuta ferito" non ha interessato più di tanto le aziende in quanto le Medicine di Gruppo self made più responsabili hanno comunque continuato, anche se con difficoltà, a mantenere gli impegni professionali e deontologici assunti con gli assistiti.

A questo punto sarebbe necessario, in attesa della realizzazione delle Case della Salute, che queste stesse Medicine di Gruppo potessero essere finalmente ascoltate e considerate per le esperienze accumulate, per le proposte organizzative e gestionali elaborate, per le indicazioni di tipo architettonico logistico (vedi Progetto per una casa della salute), per le progettualità prodotte orientate ad un miglioramento del funzionamento delle Medicine di Gruppo e dell'assistenza territoriale ma anche per le difficoltà attuali che richiedono urgenti soluzioni.

Questo atteggiamento di considerazione e ascolto verso i medici che da sempre si sono impegnati nella realizzazione dell'associazionismo medico permetterebbe alle aziende di raggiungere ulteriori traguardi importanti rafforzando quella credibilità, attendibilità e fiducia reciproca che in anni di scelte non sempre comprensibili si potrebbe essere un pò appannata.

"Case della Salute" e i progetti disegnati e proposti dai professionisti e dagli operatori interessati al programma

La delibera regionale sulle Case della Salute propone, in modo up-down, una "cornice" strutturale organizzativa che comunque lascia ampio spazio agli adattamenti locali. Un progetto presentato da possibili futuri operatori

propone alcuni suggerimenti per strutture "Case della Salute" da costruire ex novo che potrebbero stimolare un confronto costruttivo e propositivo in tema di logistica e organizzazione strutturale. Troppe costruzioni pubbliche, una volta terminate, hanno dovuto subire numerose modifiche a causa della mancata condivisione con coloro che operano quotidianamente da anni in quel settore. L'attento ascolto degli operatori permette l'eliminazione a priori di difetti o incongruenze che ostacolerebbero poi la funzionalità complessiva dell'opera portando inevitabilmente ad ulteriori esborsi economici.

Il progetto presentato considera la presenza, per una struttura costruita ex novo, di un seminterrato, un piano terra e un primo piano (vedi Progetto per una casa della salute).

Nel seminterrato vengono collocati, magazzini, ascensori, e un ampio posteggio.

Al piano terra tutti i servizi con molti ambulatori per i mmg (10-12 ambulatori di metratura confortevole).

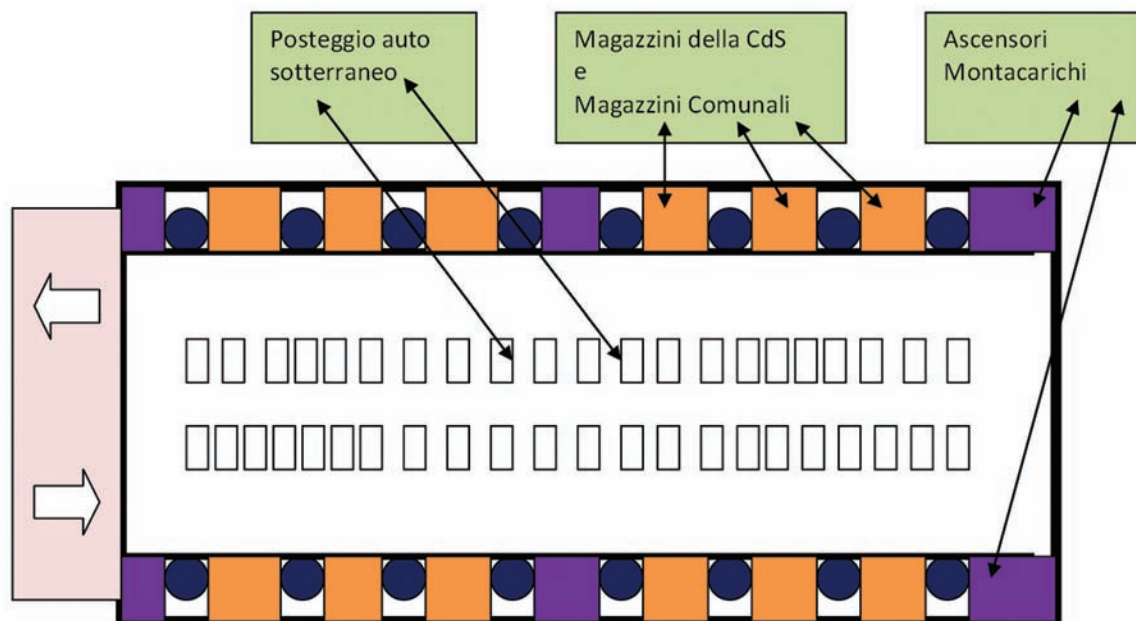
Al primo piano la pediatria ed altri servizi che necessitano di una certa autonomia e distacco da altre utenze (es: salute mentale e sert).

Tutta la costruzione ha una forma sinusoidale al fine di procurare almeno una finestra ed un bagno per ogni ambulatorio contenendo nello stesso tempo l'estensione in metri lineari della struttura.

Il Mmg componente della medicina di gruppo inserita in una "Casa della Salute" come modello di prevenzione e di ricerca dei corretti stili di vita

Molti colleghi riconoscono che con le nuove organizzazioni as-

Progetto 1 - Casa della Salute-Seminterrato



sociative il carico di lavoro dei mmg è ulteriormente aumentato. Alcuni sostengono paradossalmente che per far fronte all'incremento burocratico occorrerebbe sospendere l'attività ambulatoriale al giovedì sera per dedicare il venerdì a tutte le azioni burocratiche (aggiornamento delle cartelle, invio dei certificati, controllo delle norme e della burocrazia inerente la sicurezza degli ambulatori, corsi anti incendio da ripetere nel tempo con incremento orario dei corsi, rinnovo delle pratiche di sicurezza, controllo delle scadenze per gli strumenti medicali e per certificati periodici dell'impiantistica, compilazione corretta della documentazione necessaria per ottenere gli incentivi previsti ad es. per le Adi, abbonamenti radio e Tv, controllo versamenti per i passi carrabili e per la pubblicità, cassa sanitaria per i dipendenti, buste paga, commercialisti, controllo di prese e luci anti panico e di emergenza, altri collaudi e certi-

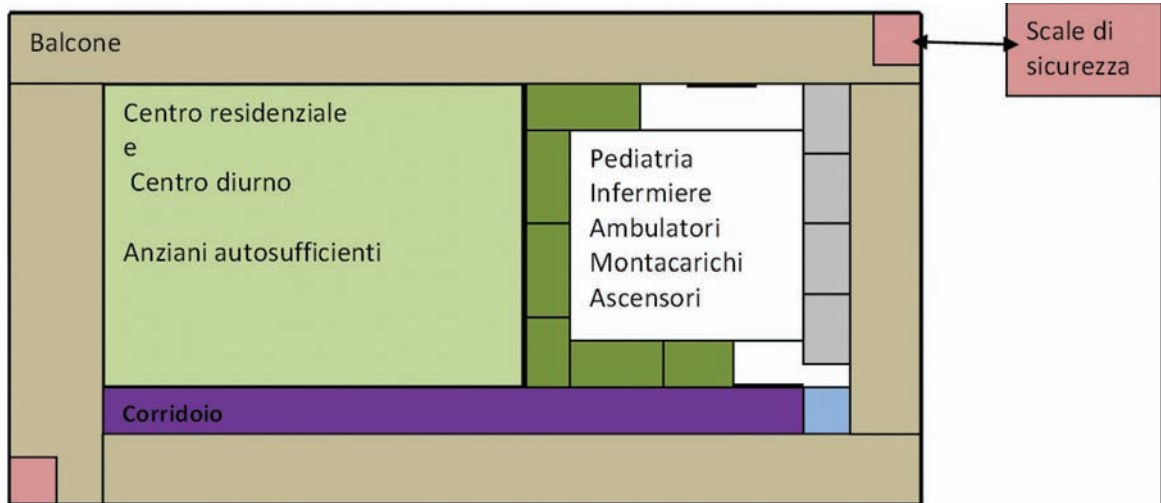
ficati a pagamento, ricetta elettronica, il fascicolo sanitario, etc.). A tutto questo vanno aggiunti il carico di lavoro per i mmg (Vedi: *Quanto si lavora in una Uccp/ Medicina di Gruppo*) e i vari corsi di aggiornamento di Ncp o aziendali. Non sono state conteggiate nel monte ore totali quelle dedicate alle visite domiciliari estemporanee non programmate. A questo punto lo stress e il burn-out per i mmg non è solo ipotizzabile ma è un dato certo, una convivenza stabile, una coppia di fatto. Considerato il fatto che il documento regionale prevede per le Case della Salute uno spazio adeguato anche per le attività riabilitative e di palestra (elemento assolutamente fondamentale se si considerano le patologie o i bisogni espressi dall'incremento delle cronicità territoriali che richiedono a loro volta una risposta di prossimità in questo senso) sarebbe utile e forse necessario offrire la possibilità (ai Mmg

che operano all'interno di una Casa della Salute) di poter utilizzare la palestra almeno per un ora al giorno come attività preventiva personale ma anche come modello di comportamento adeguato e di stile di vita appropriato.

“Case della Salute” e il trasferimento (trasloco) delle Medicine di Gruppo

Molte medicine di gruppo “self made” hanno stipulato in questi anni contratti di affitto che, in previsione del trasferimenti nelle Case della Salute, andranno in qualche modo affrontati (rescissione) così come dovranno essere valutati tutti gli investimenti sostenuti per la costituzione (mobili e arredamento, impiantistica, hi-fi etc.) e il mantenimento delle stesse medicine di gruppo “self made” (buona uscita). Anche il problema del trasloco di queste Medicine di Gruppo

Progetto 2 - Casa della Salute-Primo Piano



dovrà essere in qualche modo organizzato senza pesare sui singoli Mmg.

“Case della Salute” e il personale assunto a suo tempo dalle medicine di gruppo

L’organizzazione interna delle Medicine di Gruppo comprende, tra le tante cose, anche la gestione del personale assunto o in libera professione (infermiere, segretarie, pulizie, manutenzione) che necessita di un riposizionamento (assunzione da parte aziendale) in previsione delle Case della Salute.

In una Casa della Salute potrebbero entrare più Medicine di Gruppo e sarà quindi possibile ipotizzare la messa in comune del personale stesso al fine di ottimizzare le risorse anche in considerazione dei carichi di lavoro già ricordati e, senza ombra di dubbio alcuno, in forte aumento (Vedi: Quanto si lavora in una UCCP/Medicina di Gruppo). Sarà forse possibile dare vita a nuove forme di gestione integrata del personale della Medicina di Grup-

po con quello amministrativo ed infermieristico aziendale/pubblico della Casa della Salute.

Il tema del personale rappresenta effettivamente uno dei problemi più significativi per l’inserimento delle Medicine di Gruppo nelle Case della Salute. È fondamentale poter organizzare l’assunzione aziendale del personale e nello stesso tempo permettere ai dipendenti delle Medicine di Gruppo di continuare ad operare con gli stessi medici con la modalità e la formazione già accumulata nel tempo.

Nel caso di una mancata soluzione del problema la motivazione dei mmg alla partecipazione al progetto Case della Salute potrebbe non intravedere vantaggi.

“Case della Salute” e la sicurezza della struttura (Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 ex 626)

Tutte le pratiche burocratiche per ottemperare alle norme per la sicurezza per gli ambulatori che hanno personale dipendente o che hanno strumentazioni elettrome-

dicali o medicochirurgiche hanno aumentato di molto le responsabilità extra-cliniche e hanno creato molto disagio nelle Medicine di Gruppo. La questione è stata gestita senza l’adeguata attenzione e si sta tutt’ora trascinando a fatica.

Nonostante questo alcuni colleghi, trascinati dalla frenesia della ricerca di ulteriori mansioni incentivate, stanno incautamente proponendo attività di piccolo pronto soccorso nelle Medicine di Gruppo senza rendersi conto forse degli obblighi normativi dettati dalla legge sulla sicurezza.

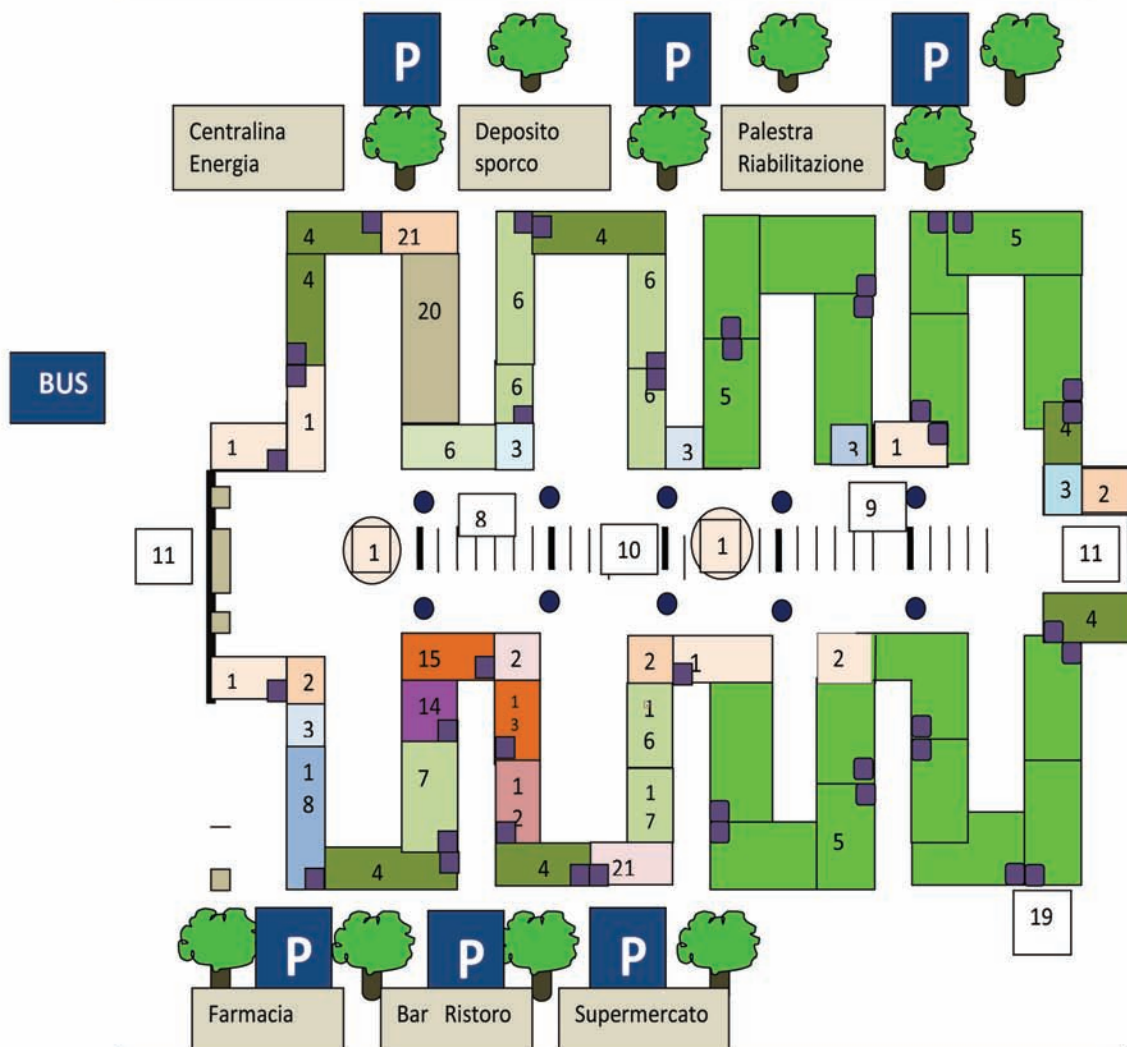
L’eventuale presenza di strumentazioni elettromedicali e medicochirurgiche (es. elettrocardiografi alimentati dalla rete o a sterilizzatrici) l’esecuzione di terapie endovena o la presenza di letti per terapie che necessitano di osservazione (proposti per le Case della Salute) richiedono l’osservanza di numerose delicate regole contemplate nel Decreto sugli adempimenti per la tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Il tema della sicurezza come viene indicato dalla legge n. 81 del

Progetto 3 - Casa della Salute-Piano Terra

Casa della Salute – Piano Terra

- 1 - Segreteria-accoglienza-informazioni-centrale telefonica-sportello unico - coordinamento ADI persone
- 2 - Montacarichi - ascensori
- 3 - Bagni pubblici - uomini - donne - disabili
- 4 - Ambulatori infermieristici - cup - medicazioni - asportazione punti - osservazioni terapie - patologie croniche - coord. ADI infermieristico
- 5 - Ambulatori mmg
- 6 - Ambulatori specialistica - servizi (CSM con Sert e Neuropsic. Infantile; Igiene Pubblica) - Diagnostica - Vaccinazioni - Screening
- 7 - Pediatria di comunità
- 8 - Sala d'aspetto: sedute
- 9 - Sala d'aspetto: colonne di arredamento per separazione degli ambienti



- 10 - Sala d'aspetto: TV-diffusione suoni-radio-display per la regolazione degli accessi - infor. generali
- 11 - Porte principali e d'emergenza
- 12 - Ostetrica e percorso donna
- 13 - Assistenza Sociale, coordinamento ADI alla persona, coordinamento accessi alle strutture protette
- 14 - Consultorio Familiare
- 15 - CA H12, punto bianco, coordinamento catastrofi e disastri in collaborazione con Igiene Pubblica
- 16 - Saletta riunioni equipe-staff, Valutazione Multidimensionale anziani-disabili-invalidità-protesica
- 17 - Saletta riunioni equipe-staff, archivio, biblioteca, emeroteca, ristoro, comitato etico
- 18 - Ufficio amministrativo per l'intera casa della salute
- 19 - Bagni riservati e privati inseriti in ogni stanza o ambulatorio
- 20 - Sala attrezzata per riunioni generali
- 21 - Stanza del Pulito - magazzino

2008 rappresenta attualmente una delle maggiori criticità per le Medicine di Gruppo ed è la causa di importanti preoccupazioni tali da superare forse le minacce di licenziamento paventate dalla questione certificati on line.

Molte Medicine di Gruppo hanno iniziato l'attività, spinte dall'entusiasmo di una nuova forma di assistenza territoriale, prima del 2008. Sono state quindi investite a posteriori dalle responsabilità personali ed individuali (come datori di lavoro) contenute nella legge n.81/2008 che contempla, in caso di inadempienza, sanzioni di tipo penale.

Tutto ciò ha creato non poco allarme nei colleghi che operano in Medicine di Gruppo self made che non possono usufruire, per ragioni non sempre trasparenti, di locali pubblici.

Alcuni gruppi stanno già pensando di recedere dalle forme associative, di licenziare il personale e di ritornare ad operare in modo singolo o al massimo di condividere l'ambulatorio con un altro collega (per malattia, ferie o assenze). Questa soluzione ridurrebbe senza dubbio la produttività quantitativa e la fruizione di molti incentivi collegati ad obiettivi aziendali ma premetterebbe comunque ai medici di osservare gli obblighi convenzionali nazionali, regionali, locali senza rischiare sanzioni penali (l'assunzione di personale, qualsiasi sia la modalità comporta in caso di inadempienza tutte le sanzioni penali previste dalla 81/2008).

Ancora una volta ci si trova di fronte a quello che in psicologia si definisce doppio legame: l'attività attuale del Mmg, soprattutto se in associazione, è diventata talmente complessa e burocratizzata che non può più fare a meno del personale. Il personale però, una volta regolarmente assunto, comporta l'osservanza di norme e regole che complicano ancor di

più l'attività burocratica e che, in caso di inadempienza o di errori o dimenticanze, può comportare sanzioni penali. Pare che da qualunque parte si muova il mmg debba comunque sbagliare. Come se ci si trovasse di fronte ad un comma 22.

La soluzione sarebbe forse quella di fare qualche passo indietro e ritornare ad operare negli ambulatori singolarmente ed offrire agli assistiti ciò che si può.

Per i miracoli (ai quali gli assistiti sono da tempo abituati e ai quali alcuni colleghi hanno creduto di poter arrivare grazie alla stagione degli incentivi) si dovrà ancora aspettare.

Se si desidera coinvolgere, in ogni caso, i mmg nelle Case della Salute occorre chiarire che ogni responsabilità dovuta alla sicurezza (legge n.81/2008) resterà in carico all'azienda così come tutto il personale, la strumentazione e l'impiantistica: in questo caso si prospettano effettivi vantaggi operativi e professionali concreti per i Mmg.

In caso contrario i vantaggi, per i mmg, derivanti dall'adesione al progetto Case della Salute sarebbero nulli a fronte di maggior incremento del carico professionale (incremento della parasubordinazione, mantenimento delle responsabilità burocratiche con il rischio di sanzioni penale, incremento attività lavorativa, aumento di ruoli gerarchici e di controllo, impegno quotidiano nell'attività di integrazione...).

“Case della Salute” e l'organizzazione interna

Dopo anni di difficoltà e di scarsa considerazione (contratti non rinnovati, arretrati mai saldati, ridotto impegno nella ricerca di locali pubblici adeguati da offrire ai mmg che desideravano associarsi in gruppo) è lecito che molte Medicine di

Gruppo self made intenzionate ad entrare nelle Case della Salute ricerchino una situazione logistica e lavorativa in grado di migliorare di molto le criticità in essere (es: abolizione degli affitti; locali accoglienti e funzionali secondo le indicazioni espresse dai mmg stessi; utenze in carico all'azienda così come l'attività di assistenza e riparazioni; personale infermieristico e amministrativo assunto dall'Ausl e quindi dipendente aziendale; in carico aziendale dovrà essere anche l'attività informatica, i sistemi di continuità, la funzionalità server con i relativi salvataggi continui in remoto; le aree di attesa e di accoglienza devono essere provviste delle tecnologie previste per questo tipo di locali così come deve essere avanzata la modalità di determinare le priorità di accesso...).

In caso contrario, cioè nel caso la logistica interna dovesse risultare approssimativa, non chiaramente migliorativa di quella attuate nelle Medicine di Gruppo, la motivazione a far parte della nuova organizzazione delle Case della Salute potrebbe indebolirsi.

“Case della salute” e i giovani medici

L'esperienza derivata dal percorso “allarme pandemico” e dalla pratica di tutoraggio per i giovani colleghi che frequentano il corso di formazione in medicina generale ha evidenziato come le Medicine di Gruppo possano rappresentare un effettivo cancello di entrata nella convenzione territoriale per i giovani colleghi senza che questi debbano rischiare un vassallaggio assai discutibile. Come già pubblicato (Vedi: Quanto si Lavora in una Uccp/Medicina di Gruppo) è possibile studiare una entrata graduale ma stabile nelle Medicine di Gruppo per questi colleghi ed anche un ruolo

più strutturato di tutoraggio per i mmg più esperti (per curriculum, formazione ed esperienza) affinché possano trasmettere quello che nessuna scuola può insegnare: l'esperienza e la saggezza (specriamo) accumulata in anni di lavoro a contatto diretto con le persone e dove la relazione medico-paziente ha avuto ed ha ancora un ruolo significativo in grado, tra le altre cose, di garantire un'ottima gestione del rischio clinico (risk management).

La proposta vuole imitare quello che avviene negli Usa e all'estero in generale dove i medici senior diventano tutor dei giovani colleghi mantenendo invariata la remunerazione pur riducendo l'operatività diretta.

Grazie all'opportunità data dal progetto Case della Salute, dal punto di vista formativo, si potrebbe instaurare una vera rivoluzione formativa in grado poi di stimolare in questa direzione anche altre istituzioni (es.: Ospedali, Università, Corso di Formazione Specifica, etc.).

Recenti studi di economia sociale sostengono che un posto di lavoro creato in sanità (es.: l'assunzione di giovani o l'inserimento di giovani medici nella convenzione) ne produrrebbe altri tre non obbligatoriamente in campo sanitario ma anche nei servizi, nell'edilizia e nei trasporti... L'annuncio quindi e la realizzazione di un investimento così importante come sembrerebbe quello programmato per le Case della Salute potrebbe effettivamente divenire un volano economico per tutta la regione. Anche per i colleghi in attività di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) può essere prospettato una progettazione aggiuntiva ai loro contratti regionali in stretto collegamento con le Case della Salute e le Medicine di Gruppo (pronta disponibilità coordinata con la Casa della Salute e il Servizio di

Salute Pubblica ed auto-attivazione in caso di catastrofi, disastri, pandemie, emergenze ambientali o naturali).

“Case della Salute” e le nuove progettualità per migliorare le performance assistenziale e la sostenibilità del servizio di medicina generale territoriale

- Ruolo di tutoraggio dei medici più esperti/senior nei confronti di giovani medici inseriti nelle Medicine di Gruppo/Case della Salute.
- Le riunioni di auto aggiornamento di Ncp devono poter assolvere completamente i debiti/crediti Ecm per quell'anno.
- I Mmg componenti del Ncp che posseggono competenze o specialità possono svolgere attività o parere di primo livello in merito a sospetti quadri patologici per i colleghi componenti del Ncp con spirito di servizio. Questo comportamento permette di consolidare il rapporto tra colleghi di un Ncp ma contribuisce anche a ridurre le liste d'attesa o gli accessi non appropriati alla specialistica in grado di essere risolti a livello di cure primarie territoriali. Il progetto non si sovrappone alla consulenza specialistica ma rappresenta una comunicazione informale tra colleghi simile a quello che avviene in Francia dove i colleghi, coinvolti in una richiesta di consulenza o parere di primo livello, si inviano lettere iniziando le missive con l'espressione “Chère frère”.
- Coinvolgimento ed integrazione fattiva della Guardia Medica/Continuità Assistenziale con i Ncp e con la Casa della Salute ed in particolare attivazione del progetto pronta attivazione della Guardia Medica

/Continuità Assistenziale in caso di catastrofi e disastri che attualmente sono all'ordine del giorno e che non ammettono più impreparazione di sorta. È stato studiato anche l'integrazione dei colleghi della Ca/Guardia Medica con il progetto Pronta Valutazione Infermieristica.

• Integrazione dei Ncp con alcuni servizi territoriali (Salute mentale, Salute pubblica, Servizi Sociali) e con il volontariato per problematiche emergenti come la dipendenza giovanile, le disabilità psichiatriche giovanili (definite per comodità demenze giovanili), i nuovi disagi e le nuove povertà.

• Pronta Valutazione Infermieristica: con questo progetto il Ncp ipotizza la possibilità di un coinvolgimento dei colleghi infermieri di una Medicina di Gruppo o di una Casa della Salute per attività integrative o di supporto svolte anche di sabato e domenica in collegamento telefonico con i mmg dello stesso Ncp o con i medici della Continuità Assistenziale operanti nel medesimo Ncp

• Educazione sanitaria presentata nelle sale d'aspetto delle medicine associate: la finalità è quella di utilizzare il tempo d'attesa come tempo piacevole ma nello stesso tempo utile per messaggi di educazione sanitaria grazie ad un sistema già collaudato di presentazioni in power point molto brevi, accompagnati da commenti vocali professionali o da musica che si mostrano a ciclo continuo ma per tempi definiti per non rischiare di confondere queste presentazioni con spot pubblicitari (dove a volte l'ambiguità e l'aggressività crea nuovi bisogni) che non sono assimilabili a consigli sulla salute e nei quali deve trasparire la cultura medica contenuta che non crea mai nuovi bisogni).

Le "Case della salute" e il riconoscimento, la considerazione, i ruoli, le funzioni, il coinvolgimento, la trasparenza, l'equità

Le analisi sociali (ricordate nella prima parte di questo articolo) impongono a tutti di assumere ruoli di responsabilità a fronte di una crisi innegabile.

Nell'ambito della medicina generale il progetto Case della Salute potrebbe rappresentare l'occasione per riproporre anche un nuovo patto tra aziende e mmg. Per molti aspetti il quadro complessivo pare ipotizzare, per i mmg, una parasubordinazione così spinta da far pensare ad una posizione di dipendenza dei mmg come soluzione definitiva (aderenza pressoché completa a linee guida, protocolli, accreditamenti, progetti, appropriatezza, orari, prontuari, note, distribuzione diretta).

Nello stesso tempo un progetto così ambizioso come quello delle Case della Salute presenta una propria coerenza soprattutto se si pensa di portare il servizio (es: una Casa della Salute grande) in zone periferiche o disagiate o comunque lontane da strutture o istituzioni capaci di offrire una pluralità di servizi (es. ospedali). Nelle città si potrebbe pensare piuttosto ad un mantenimento, potenziamento e supporto delle Medicine di Gruppo esistenti (e si ribadisce in sofferenza) offrendo tutte quelle opportunità che nel recente passato sono state trascurate.

I medici di base possono comunque assumersi la responsabilità di sostenere il progetto Case della Salute nel suo complesso e possono impegnarsi a realizzare tutte le programmazioni in grado di sostenere l'assistenza territoriale a fronte di una abolizione delle

criticità pregresse e di un fattivo riconoscimento (= visibilità e ruoli) per coloro che svolgono attività clinica ed assistenziale quotidiana documentabile, non a parole o in modo autoreferenziale, dai carichi di lavoro; a fronte dell'attuazione di una prassi di partecipazione dove la trasparenza divenga l'elemento più importante; a fronte di una revisione di ruoli percepiti come inutili o duplicazioni di altri già ben funzionanti; a fronte di una omogeneizzazione dei contratti affinché situazioni uguali possano riconoscere riconoscimenti economici sovrapponibili e documentati. Il progetto Case della Salute presenta una complessità che in questo articolo è stata in parte analizzata e che viene offerta come piattaforma per una discussione che dovrebbe essere affrontata prima dell'inaugurazione delle strutture murarie.

E anche vero che al momento non sono previsti contrattazioni bilaterali e che le aziende hanno tutto il diritto di proseguire in modo unilaterale.

Per non ripetere però alcune esperienze negative del passato si potrebbe ipotizzare comunque la costituzione di un comitato misto azienda/sindacati per condividere tutti gli aspetti organizzativi-gestionali del programma.

Dal canto sindacale questa occasione potrebbe essere sfruttata per partecipare e per contribuire alla realizzazione del progetto, finalmente, in modo unitario superando tutte le norme collegate alle percentuali di rappresentatività che nel passato hanno portato alla difesa di interessi troppo settoriali: a questo tavolo dovrebbe partecipare solo *un* componente per sigla sindacale rappresentante dei mmg ed in questo modo si potrebbe così palesare un reale atteggiamento intersindacale che, a fronte dell'importanza della posta in gio-

co, evidenzi una vera promozione condivisa degli interessi di tutti i colleghi.

Come conclusione: le "Case della Salute" e i possibili livelli difformi di assistenza sanitaria

È possibile quindi affermare che in questi ultimi vent'anni il modo di lavorare del medico di medicina generale si è fortemente evoluto. Il Sistema Sanitario sta attuando un progressivo massiccio passaggio di compiti, sempre più complessi, dal comparto ospedaliero a quello territoriale che diventa lo scenario fondamentale nel quale avviene la presa in carico dei pazienti.

In questo stesso periodo la politica sindacale medica è stata fortemente viziata dal perseguire, quasi come pensiero unico, la *strategia dell'incentivazione* procurando così una accresciuta mole di lavoro per il Mmg. Ogni giorno infatti i medici di base sostengono la battaglia quotidiana della responsabilità del confronto diretto con il paziente (il paziente sociale) che è assetato di sanità. Il "nuovo" assistito post-moderno non comprende le restrizioni normative in cui, a volte, il "dottore" è costretto ad operare tanto che la responsabilizzazione sanitaria a cui è sottoposto il medico rischia di farlo apparire al cittadino come il *giudice* della concessione riguardante la risorsa o la "sua" prerogativa. Di conseguenza la comprensione della qualità di una riforma sanitaria da parte del cittadino medio sembra piuttosto condizionata da situazioni pratiche e dalla percezione di gratuità, di entità dei ticket, di assenza di liste d'attesa etc.

Da questo punto di vista l'intenzione di alzare il livello dell'assistenza tendendo ad una eccellenza

di "personalizzazione del servizio" corre il rischio di cadere nella profferta di "cure" che rischia di essere, a volte, superflua se non addirittura patologica.

L'assistenza diviene superflua quando questa non è necessaria.

Può diventare patologica quando l'offerta di sanità è talmente esagerata che produce cittadini non solo assistibili (in caso di necessità) ma senz'altro pazienti o probabili ammalati (malati per eccesso di assistenza). L'empowerment del paziente non pare in grado di arginare questo movimento socio-culturale anche perchè la malattia diviene sempre più slegata dal contesto individuale o familiare e sempre più condizionata da un contesto sociale povero di relazioni (fattore di rischio per le malattie): In questo senso si comprendono anche i continui incrementi di costi per le comunità.

Non va poi dimenticato il fatto che la continua erosione del rapporto di fiducia (povertà relazionale) alimenta aspettative, in merito alla salute e alla qualità della vita, sempre più disadattive.

In questa situazione le Case della Salute vengono presentate come punti di riferimento per i cittadini nei quali i servizi di assistenza primaria territoriale si integreranno con quelli specialistici, ospedalieri, della sanità pubblica, della salute mentale e sociali. Si ipotizza che le Case della Salute possano essere in grado di realizzare un buon coordinamento tra operatori sanitari e una più efficace integrazione in grado di assicurare una risposta più vicina ai bisogni della popolazione, (anche se dovessero poi risultare inappropriati), per tutto l'arco della giornata.

Per questo si coinvolgono fattivamente i mmg associati in

Medicine di Gruppo e si propone un accentramento dei servizi territoriali (mmg in gruppo) e un incremento di offerta di servizi di qualità (personalizzazione e sostenibilità del servizio sanitario assistenziale).

Occorre porre molta attenzione a questi accorpamenti delle Medicine di Gruppo all'Interno delle Case della Salute per scongiurare il pericolo di produrre una disomogenizzazione dei servizi offerti ai cittadini (coloro che sono assistiti da una Medicina di Gruppo inserita in una Casa della Salute possono usufruire di opportunità maggiori di coloro che sono assistiti da mmg non inseriti in una Casa della Salute). Come è noto, allo stato attuale, un quarto della popolazione regionale supera i 75 anni d'età e spesso manifesta difficoltà di spostamento se non di deambulazione. Molti assistiti della III e IV età, figure fragili con cronicità di vario tipo e gravità, potrebbero risentire di una certa discriminazione a causa delle difficoltà di fruizione dei servizi di prossimità accentrati.

La conseguenza quindi del diradamento dei mmg che dal territorio migrano verso una organizzazione più centralizzata potrebbe comportare, per una larga fetta della popolazione, aumentata difficoltà per accedere ad un ambulatorio gestito da un medico singolo o da un gruppo o da una Casa della Salute (allontanamento dal cittadino dei servizi di prossimità?).

È quindi necessaria un'attenta e prudente pianificazione di questi nuovi servizi per renderli veramente efficaci, senza cedere alla frenetica tentazione progettuale che viene stimolata dalla novità e dalla visibilità che queste strutture possono offrire anche in termini "politici".

Il bisogno di dare un punto di riferimento ai cittadini, agli operatori al sistema sanitario stesso non

dovrebbe prevalere sul servizio. Il fine, onorevole e nobile, dovrebbe predominare sul mezzo.

Si prospettano quindi possibili soluzioni o alternative.

Ponendo come assioma che il medico "stand alone" sia considerato comunque superato, all'interno di una filosofia centripeta dell'organizzazione delle cure primarie in prima istanza si potrebbe agire in senso di una "smilitarizzazione" delle Medicine di Gruppo dalla Casa della Salute: questa tesi ipotizza che le Case della Salute non debbano essere "costruite" sulle Medicine di Gruppo ma piuttosto che le stesse Case della Salute vengano indicate come il punto di incontro e di appoggio delle Medicine di Gruppo sparse sul territorio secondo una organizzazione tipo hub and spoke. Secondo questo disegno (hub and spoke) la medicina di rete dovrà comunque evolvere (reti orizzontali e verticali) verso il gruppo in modo che le Medicine di Gruppo diventino punto di riferimento e di appoggio delle varie medicine di rete.

Tutto ciò mantiene e permette di assicurare livelli qualitativamente uniformi di assistenza sanitaria territoriale.

Come istanza ulteriore si può considerare la possibilità di inserire tutte le Medicine di Gruppo (o le reti e i mmg singoli trasformati in Medicine di Gruppo) all'interno delle Case della Salute secondo le interpretazioni e le argomentazioni già illustrate. In questo caso il ruolo del mmg e la natura della sua relazione di lavoro con l'azienda e il Servizio Sanitario Regionale non può che trasformarsi in un rapporto di "dipendenza" dove la struttura architettonica e quella organizzativa, funzionale e strettamente operativa deve essere assicurata, mantenuta, offerta e controllata dal sistema pubblico.