

Un nuovo modello per le cure e l'assistenza primaria

Mmg primario del territorio?

di Bruno Agnetti*, Paola Volponi*, Alessandro Chiari*

1-Prefazione e sintesi della conclusione

In tema di riordino delle cure assistenza primaria non si può ipotizzare la costituzione di un territorio forte senza pensare ad un ospedale forte e viceversa (vedi gli stimoli alla riflessione offerti per questo articolo dal lavoro *"Integrare ospedale e territorio per la gestione della cronicità"* di A.L. Del Favero, L. Dalla Torre, S. Cinquetti, Panorama della Sanità, n.25, 27 giugno 2011). Nel modello assistenziale "Mmg Primario del Territorio", il team di professionisti coordinato e diretto dal mmg può far fronte alla maggior parte delle complesse richieste che emergono dalle problematiche inerenti la cronicità/fragilità e la continuità delle cure in ambito territoriale.

2-Premessa

Ogni argomentazione sulla riorganizzazione delle cure/assistenza primaria non può inoltre esimersi dal procedere ad una analisi iniziale, anche se schematica, dei macrofenomeni bio-psico-sociali da tempo ben noti a tutti gli studiosi. La conoscenza di questi fenomeni che può essere quindi data per scontata, rimane comunque una premessa



indispensabile e si rimanda, solo per un ricordo, alla tabella riassuntiva n.1 (Tabella n.1).

3-Criticità

In aggiunta ai macrofenomeni mondiali, nell'ambito del Ssn,

le situazioni regionali presentano poi ulteriori specificità (federalismo/autonomia) con numerose e significative variabili organizzative e funzionali non sempre positive. Di fronte a questa complessità le varie ana-

Tabella 1 - Macro fenomeni bio-psico-sociali

- Evoluzione demografica e tasso di assistiti anziani
- Cronicità delle patologie
- Modificazioni strutturali dell'ordinamento sociale (famiglie)
- Sviluppo tecnologico e problemi bioetici
- Processi di integrazione e multiculturalismo (tassi di immigrazione)
- Conseguenze delle crisi ed instabilità economiche sulla rete dei servizi e sui bisogni assistenziali (primato dei mercati finanziari sulla politica)

lisi, le proposte, i progetti incentivati di queste ultime stagioni, non hanno alla fine contribuito ad una soluzione più generale delle criticità assistenziali. Molti osservatori dei fenomeni psico-sociali concordano sul fatto che ogni sistema burocratizzato mostri per sua natura una grande difficoltà a presentarsi come equo o meritocratico. Il rischio del clientelismo e dei favoritismi (segnalato più volte anche dalla Corte dei Conti e dalla stessa Fiaso) dell'indifferenza, della mancanza di considerazione e della difficoltà nel reperire interlocutori sono rimasti, in taluni casi, come solida eredità dell'inossidabile tradizione burocratica storica anche se oggi, questi elementi, possono essere rivestiti da ineccepibili passaggi formali. Anche recentemente la Corte dei Conti ha richiamato l'attenzione sulla fallimentare stagione del programma di edilizia sanitaria (1988) durante la quale non sono stati spesi 9,2 milioni di euro su un totale di 16 milioni messi a disposizione.

Non di meno l'urgenza di trovare vere soluzioni praticabili e sostenibili (che dovranno essere, per forza di cose, innovative) non può più essere rimandata nemmeno di un minuto.

La situazione attuale ha radici in responsabilità storiche ben evidenti. Nessun attore coinvolto nella sanità può esimersi da questa criticità causata da modalità sistematiche e strutturate da sempre (spoils system). La ex

ministra Turco, a suo tempo, aveva emanato una circolare nella quale richiamava la necessità dell'esercizio, proprio in sanità, di "buona politica" autorizzando quantomeno qualche perplessità sulla trasparenza dell'operatività sanitaria in un sistema che malgrado l'aziendalizzazione fatica a pensarsi come una vera impresa (vedi rapporto Fiaso 2011).

È il momento quindi di uscire allo scoperto, di mostrare le carte, di introdurre nuove forme assistenziali/organizzative che possano divenire il fondamento di una solida ri-strutturazione e riordino dell'assistenza territoriale ("*territorio forte-ospedale forte*") per almeno i prossimi 5-8 anni.

I macrofenomeni, già ricordati, sembrano aver preso tutti di sorpresa tanto che la rincorsa frenetica all'appropriatezza ha assunto a volte comportamenti forzati (senza peraltro arrivare a risolvere i temi pressanti dei bisogni assistenziali che richiedono ben visibili principi e valori di equità, meritocrazia, qualità, trasparenza, sostenibilità, consenso gradimento).

Purtroppo a tutt'oggi le storiche contraddizioni e contrapposizioni tra l'aspetto tecnico della sanità e quello politico, non hanno permesso di creare un sistema valido e funzionalmente diffuso, tale da essere applicato per gli anni futuri (che si prevedono pieni di emergenze in campo sanitario).

Ora occorre quindi remare tutti

in un'unica direzione guidati da una programmazione che parta dal basso (analisi dei bisogni reali della popolazione assistita ma anche degli operatori), che sia profondamente condivisa e che si basi su una integrazione reale e non solo su progettazioni che rischiano di essere calate dall'alto, autoreferenziali/declamarie/di appartenenza.

Gli operatori ed i sanitari che lavorano tutti i giorni a contatto con le conseguenze dei macrofenomeni psico-sociali dimostrano quotidianamente di essere in grado di guardare le cose da punti di vista nuovi e danno prova di saper cogliere opportunità e prospettive che il "pessimismo della crisi" non permette di osservare (il capitale di conoscenze e operatività resta la vera forza di chi opera ogni giorno a contatto con gli assistiti "visitando" le persone).

Una possibile road-map di riordino delle cure primarie richiede quindi, in primis, il convinto riconoscimento del territorio e dell'assistenza primaria come attività con specificità proprie, orientata alla persona e alla cronicità/fragilità: queste caratteristiche distintive comportano a loro volta la "personalizzazione" del prendersi cura, considerano la "multidimensionalità" delle manifestazioni patologiche, richiedono la "multiprofessionalità" dei saperi e delle competenze necessarie.

4 - Iniziative urgenti per il riordino delle cure primarie

- Insegnare operativamente (nelle Medicine di Gruppo/Associazione strutturata della me-

* Centro Studi Ricerche del Sindacato dei Medici italiani (Smi)

Tabella 2 - Iniziative da attuare nel breve periodo

- insegnare l'Assistenza Primaria nelle sedi dell'associazionismo medico
- semplificare la tecnologia informatica
- contestualizzare le linee guida
- trasferire risorse sul territorio
- stipulare nuovo patto tra mmg e medici ospedalieri
- supportare progetti che non richiedono investimenti particolari ma garantiscano una incentivazione/gratificazione di ruolo/funzione (Maslow, 1954; AA.VV. L'indice energetico di una organizzazione, Panorama della Sanità, n. 33, settembre 2010)
- modificare il compenso dei mmg
- trasformare il mmg in "dipendente Ausl" (alcune scuole di pensiero pensano che la trasformazione dei mmg in dipendenti possa rappresentare la soluzione di molte delle contraddizioni esistenti a tutt'oggi nel SSN)

dicina generale) l'assistenza primaria, intesa come continuità dell'assistenza e come integrazione territoriale in particolare quando si prendono in cura le persone fragili o con patologie croniche.

- Il riordino e il potenziamento del territorio deve prevedere il trasferimento di risorse e di responsabilità in quell'ambito (anche il settore amministrativo può contribuire a questo riordino: risorse necessarie a mantenere un ruolo burocratico possono permettere l'assunzione di 3-6 infermieri part-time).

- L'ospedale deve avere in grande considerazione il territorio e il territorio deve avere come punto di sicurezza l'ospedale (territorio forte con ospedale forte... tutte e due le realtà organizzative fanno parte di un territorio!). È prioritario stipulare un nuovo patto di reciproca fiducia e considerazione tra operatori dei due settori, al fine di non imporre complicazioni agli accessi dei cittadini e degli operatori in caso di acuzie (o percezione di emergenza-urgenza) e di semplificare, rendendole trasparenti e condivise, le dimissioni di assistiti complessi che vengono riaffidati all'assistenza primaria. (Tabella n.2).

- L'attuale situazione congiunturale potrebbe vanificare molti

progetti e disegni organizzativi anche in sanità a meno che non si prospettino ipotesi di riordino ad *isorisorse* dove il ruolo/funzione del Mmg possa diventare oggi concreto oggetto di contrattazione in quanto considerato come un valore "economico" aggiuntivo-effettivo se non una vera e propria risorsa. L'assioma sindacale storico "orario-salario" potrebbe, in questo momento, essere modificato in "ruolo-funzione". In un secondo tempo si potrebbero poi ricercare contenuti diretti ed indiretti.

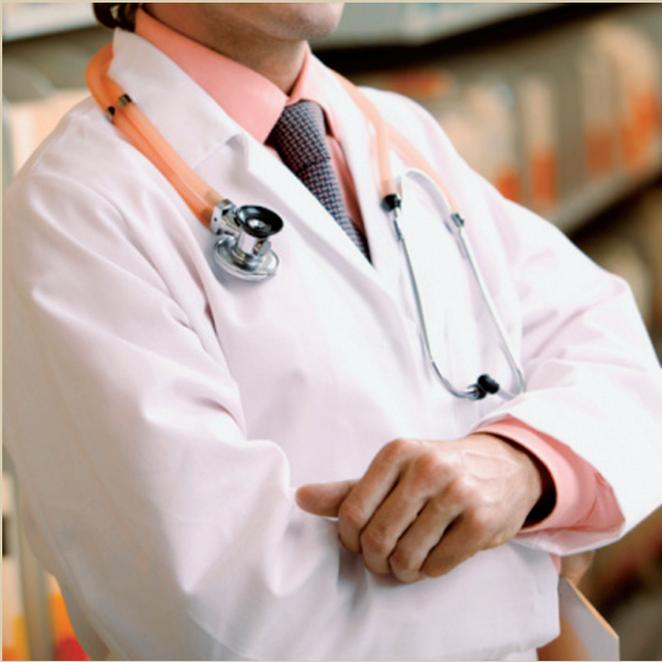
- L'autonomia operativa e di responsabilità "accountability" (termine generale preso in prestito dal linguaggio informatico) del territorio e dell'assistenza primaria può essere concretizzata con l'istituzione di un Collegio del Territorio, con potere e responsabilità decisionali in campo territoriale, totalmente elettivo, composto da Mmg che agiscono nell'assistenza di base di primo livello.

5-Ospedale-territorio

Alcune dinamiche settoriali ed opportunistiche/autoreferenziali burocratiche gerarchiche non hanno permesso fino ad ora l'attuazione di una vera integrazione professionale nel territorio. Come è noto l'ospedale è orientato in direzione dell'intensità

delle cure e la riduzione dei posti letto nosocomiali deve prevedere un forte presidio territoriale fondato sull'assistenza domiciliare e sulle sempre più indispensabili, ancorchè scarse, strutture/residenze intermedie. Le dimissioni dall'ospedale continuano però ad essere solo eufemisticamente protette e il medico di medicina generale deve, in molti casi, di fatto, arrangiarsi per trovare soluzioni adeguate sia logistiche che cliniche. A volte il mmg si trova a dover considerare utile o necessario o non procrastinabile un ricovero "operativo" a causa di una riacutizzazione specifica di una patologia seguita, per altro secondo tutti i carismi, a livello domiciliare (es.:improvviso occlusione intestinale o necessità di impianto di catetere centrale): in questi casi devono essere previsti percorsi assolutamente preferenziali e contestuali senza obbligare gli assistiti a passaggi/strette attraverso gli imbuto del triage (rinnovare la fiducia nella competenza professionale nei Mmg).

La lucida analisi della storia del sistema sanitario nazionale compiuta da A. Del Favero ed all. (2011) che considera il passaggio temporale dagli anni sessanta ai nostri giorni, permette di affermare che la storia non ha facilitato di molto un apprendimento adattivo dagli errori commessi. Quelle scelte di pianificazione e di programmazione costringono ora ad affrontare, in emergenza, le variabili collegate ai macrofenomeni psico-sociali, l'"epidemia della cronicità" (Wonca 2005) e l'incremento esponenziale dei fattori e dei comportamenti a rischio (fumo, sedentarietà, scorrette abitudini alimentari, sostanze di abuso, determinanti dello sviluppo del-



le cronicità come il diabete e le malattie cardiovascolari - (Istat 2005). Senza contare che oggi l'azione politica decisionale pare essersi alquanto ridimensionata in funzione delle esigenze finanziarie che stanno condizionando in modo imprevedibile il villaggio globale rendendo evanescente il potere decisionale, di programmazione e previsionale gestionale.

Alcuni esperti già ipotizzano un anticipo al 2012 di una parte della potatura dei finanziamenti inizialmente decisa per il 2013 fermo restando tutto quanto già deciso per il 2012. Il terremoto dei mercati inizia a farsi sentire pesantemente anche in sanità e forse si potranno ipotizzare anche altre e più pesanti misure di contenimento del deficit generale (tagli da 8 miliardi previsti per il biennio 2013-2014 quelli appunto che si potrebbero anticipare nel 2012). Il Federalismo è morto? Il welfare sanitario sta andando a rotoli? Sempre meno sanità pubblica e sempre più sanità a pagamento? Anche la

salute si giocherà in borsa? (Vedi R. Turno, *Il Sole24Ore Sanità*, 18 settembre 2011).

Al momento pare proprio che sia il capitale di conoscenze e di operatività accumulato che può permettere di far fronte alle difficoltà ripristinando una specie di scambio di saperi, di competenze, di operatività e di relazioni come in un "baratto" sociale, culturale ed economico che già sta avvenendo nelle case, nei domicili e negli

ambulatori dei mmg. Il problem solving assistenziale territoriale si basa su questi valori e su questa ricchezza territoriale dove il bene "conoscenza" degli operatori incontra il bene "sistema esperto" degli assistiti e del loro contesto: questo principio (primato del territorio) deve essere riconosciuto ufficialmente in quanto rappresenta uno strumento fondamentale di sostenibilità del sistema al fine di prevenire ulteriori e definitivi errori economici.

6-Cronicità/fragilità

La cronicità e tutte le manifestazioni riferibili alle fragilità modificano profondamente la domanda assistenziale (V. Lepore, 2006). Se questa domanda viene gestita con le modalità tipiche utilizzate per le patologie acute si arriverà ad un iper-consumo con un conseguente esaurimento delle risorse (farmaci, visite specialistiche, ricoveri). In effetti gli ambulatori dei medici di medicina generale sono già paralizzati nelle loro potenzia-

lità dall'enorme afflusso quotidiano di assistiti (Aa.Vv. Quante ore si lavora in una Uccp, *Il Sole24Ore Sanità*, 6-12 Aprile 2010). Nello stesso tempo una gestione estemporanea delle patologie croniche è incapace di ottenere livelli di compenso soddisfacenti (C. Schoen, 2004). Occorre anche saper/dover conciliare l'universalismo delle aspettative, la limitazione delle risorse, l'irrinunciabilità alla qualità assistenziale (Del Favero 2011). È evidente che ci si sta spostando velocemente dall'esercizio di un diritto "di garanzia universalistica" ad una "tutela di garanzia nei limiti delle risorse disponibili e secondo scale di priorità" (L.Di Pietra 2007).

7-Modelli assistenziali

I "nuovi" modelli operativi collegabili all'assistenza territoriale evidenziano la necessità di aumentare la contiguità tra le diverse strutture/professioni che prestano le cure di primo livello. Moderne tecnologie semplici, facili e intuitive sapranno poi supportare le integrazioni professionali stimolando la partecipazione dei pazienti al controllo della propria salute (empowerment del paziente: es. misurazione pressione al domicilio). È facile già oggi prevedere che le regole del mercato "della salute" favoriranno molto presto la nascita di nuovi ruoli, professioni al servizio della longevità con le quali sarà necessario relazionarsi (Bengoa 2008). I principi del *Chronic Care Model* (E.H. Wagner, MacColl Institute for Healthcare Innovation, 1996, 1997) e le raccomandazioni dell'*European Forum for Primary Care* rappresentano paradigmi gestionali internazionali finalizzati alla cura di

Tabella 3 - Erogazione dell'assistenza nel Ssn-Ssr

Erogazione	Ospedale (dipartimenti)	Territorio (Dipartimento di Cure Primarie DCP)
L'articolazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nazionale (= strutture tecnico funzionali) è suddivisa in assistenza ospedaliera e territoriale	<ul style="list-style-type: none"> - alta intensità delle cure (acuzie) - alta tecnologia - specializzazione altamente strutturate - percorsi per cure differenziate - degenze (Drg) che dipendono da una durata assistenziale inerente alla domanda e alla patologia condivise tra le varie branche specialistiche coinvolte - day surgery - day hospital - programmi di educazione sanitaria pre-dimissioni (C. Scarcella 2010) (es.: per colonstomizzati; senologica, urologico; medicazioni...) 	<ul style="list-style-type: none"> - cronicità - assistenza ambulatoriale e domiciliare - Mmg "gate keeper-coltrot" gestore dei collegamenti e delle funzioni (es: case manager) tra le varie figure i vari attori territoriali dell'assistenza (case manager del Mmg) - integrazione tra professionalità e competenze socio-sanitarie con la possibilità di programmare una risposta ai bisogni assistenziali del paziente e della famiglia qualunque sia il setting (domicilio o struttura) - day center territoriali a gestione da parte del Mmg - hospice a gestione da parte del Mmg

Tabella 4 - Assistenza primaria: criticità in merito all'offerta/mantenimento della continuità delle cure

- scarsa concentrazione e individuazione di sistemi semplici e facilmente applicabili in grado di assicurare la continuità delle cure e la presa in carico h/24 e 7/7 (che attualmente può essere assicurata solo da due figure dell'assistenza primaria MAP e MCA)
- per permettere all'assistenza primaria di gestire il territorio secondo le necessità evidenziate dai nuovi bisogni assistenziali (cronicità e/o fragilità) è essenziale che tutti i mmg possano rivestire un ruolo di primato assistenziale-gestionale-organizzativo riconosciuto)
- contatto tardivo con le esigenze del paziente a causa delle scarse abilità nel far fronte alla previsione/ programmazione delle cure soprattutto nelle riacutizzazioni (AL. Del Favero ed all. 2011)
-difficoltosa nella condivisione delle informazioni a causa di sistemi di raccolta disarticolati e farraginosi ed eccessivamente complessi che richiedono urgenti semplificazioni, affidabilità e sicurezza (e pronto intervento in caso di disfunzioni dei sistemi informatici)
- scarsa attenzione verso l'individuazione di un responsabile del coordinamento delle attività assistenziali territoriali autogestite (Mmg)
- disinteresse nei confronti di programmi di educazione sanitaria della popolazione finalizzati anche al corretto uso dei servizi favorendo così il condizionamento pubblicitario ed il continuo incremento dell'aspettativa degli assistiti nei confronti del SSN e del SSR (consumering e incremento delle liste d'attesa)
- mancata attivazione dell'istituto del parere "competente" di primo livello - da parte di mmg con i requisiti necessari da esercitare all'interno dell'associazionismo medico (es. NCP) - in grado di ridurre a sua volta il fenomeno delle liste d'attesa
- carente comunicazione interna tra operatori addetti ad una assistenza primaria/domiciliare (in genere è orientata esclusivamente al paziente) ma che deve ricercare un solido sistema collaborativo non formale (contatti con cellulari e numeri riservati 24/24H)
-lungaggini burocratiche che incrostano i passaggi assistenziali (es.: assistenza farmaceutica domiciliare; assistenza infermieristica o specialistica 7/7gg) e non raggiungono un soddisfacente equilibrio tra domanda ed offerta

pazienti cronici del territorio. Questi protocolli sono centrati sul paziente e sulla pro attività. Vorrebbero sviluppare una medicina di iniziativa in grado di prendersi cura dei bisogni di salute prima ancora dell'insorgere della malattia o prima che questa si manifesti o prima che questa si aggravi; nel caso vi fosse una malattia conclamata

queste modalità di assistenza vorrebbero rallentare il decorso garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in proporzione alle criticità. I modelli sono quindi orientati alla prevenzione e al miglioramento del "prendersi cura" delle malattie croniche ad ogni loro stadio e si ipotizzano effetti positivi per la salute dei cittadini e

per la sostenibilità (economico-gestionale) del sistema stesso. L'esperienza ha infatti evidenziato che il sistema delle cure primarie così come è organizzato oggi (tabella n.3) può offrire risposte inadeguate alle esigenze fondamentali del paziente cronico soprattutto perché l'assistito non può fare affidamento su uno stretto e continuo rap-

Tabella 5 - Modelli gestionali per facilitare le cure intermedie e assicurare coordinamento e continuità delle cure (integrazione ospedale-territorio)**Caratteristiche distintive generali della continuità delle cure:**

- orientata alla continuità estensiva (longitudinale) cioè alla presa in cura stabile nel tempo h/24 7/7
- interdisciplinari
- cliniche e assistenziali
- flessibili (collaborazione tra servizi diversi, livelli di integrazione socio-sanitaria diversificati, adattabili prontamente alle mutazioni delle condizioni di salute)
- integrate (assistenza sanitaria e socio-assistenziale; riabilitava; può avvenire in strutture e luoghi fisici diversi; prevede l'incontro di differenti professionalità)

Modelli gestionali specifici:

- programmi/protocolli di dimissione assistita o protetta
- strutture intermedie intra-ospedaliere
- strutture di riabilitazione post-acuzie ospedaliera e territoriale
- strutture intermedie territoriali gestite dai mmg
- assistenza domiciliare integrata
- team infermieristici territoriali di comunità o di NCP

Tabella 6 - Modalità operative (da al. del favero et al 2011, modificato)

- educazione sanitaria
- linee guida contestualizzate
- monitoraggio delle attività assistenziale ad uso interno al team
- associazionismo medico e forme aggregative
- autonomia e responsabilizzazione delle associazioni mediche avanzate
- parere di primo livello del Mmg
- Guardia Medica
- assistenza domiciliare e territoriale particolarmente attrezzata per la cronicità/fragilità/terminalità
- tutoraggio senior per i giovani medici all'interno dell'associazionismo medico

porto con un team di cure organizzato e capace di soddisfare, in piena autonomia, i bisogni legati alla sua patologia. (Tabella n.3; n.4; n.5).

8-Modelli assistenziali per la cronicità/fragilità già sperimentati

Si sostiene che oggi un sistema sanitario diventi efficace e appropriato quando questo è in grado di strutturarsi verso la gestione delle patologie croniche (The Chronic Care Model; European Forum for Primary Care) perché tutto ciò permetterebbe un miglioramento degli outcome di salute e una riduzione dei costi dell'assistenza. Da questo punto di vista sono inoltre stati individuati alcuni

bisogni collegabili alla problematica della cronicità, ai quali è necessario dare strutturazioni meglio definite (Tabella n.6):

a- interventi di promozione/educazione sanitaria alla salute e alla prevenzione primaria e secondaria in collaborazione con i dipartimenti finalizzati alla prevenzione e ad altre istituzioni/organizzazioni socio-sanitarie (Il counseling, i programmi di educazione sanitaria continua - es. : le presentazioni mostrate nelle sale d'aspetto delle medicine di gruppo - aiutano l'aderenza ai programmi di salute e sembrano garantire buone performance in direzione della modificazione di abitudini disadattive e del mantenimento di stili di vita adeguati).

b- condivisione di linee guida contestualizzate e pianificazioni dei percorsi per quel dato

paziente che vive in quel territorio: questa operazione deve essere organizzata all'interno degli operatori attivi in quella realtà (team)

c- monitoraggio nel tempo degli interventi in grado di perfezionare l'attitudine degli operatori territoriali all'approccio preventivo ad uso degli operatori attivi in quella realtà (team)

d- potenziamento dell'associazionismo medico (di rete e di gruppo) secondo principi di equità e trasparenza tutt'ora carente nei numeri assoluti e nelle opportunità logistiche.

e- favorire l'autonomia e la responsabilizzazione delle associazioni mediche effettivamente operative affinché siano in grado di valutare concretamente il rapporto tra risorse disponibili e investimenti possibili corre-

labili con i risultati di efficacia ed efficienza raggiunti.

f- configurare queste forme aggregative e autonome (reti e gruppi) come "cellule base" per il governo clinico soprattutto nella sua dimensione di appropriatezza e miglioramento continuo della qualità.

g- valorizzazione delle competenze "vocazionali" dei mmg (per titoli di specializzazione o per esperienza consolidata in un ambito clinico specifico) in grado di esprimere un parere di primo livello per i colleghi dell'associazione: questo permette di condividere un sapere, di produrre un aggiornamento continuo e aiuta anche a ridurre le liste d'attesa (il parere di primo livello si applica a quelle specifiche problematiche cliniche che possono trovare risposte ad un primo livello di complessità).

h- riordinamento del servizio di continuità assistenziale (guardia medica). Il servizio è passato da una attività di presidio territoriale (come i carabinieri) e di sicurezza socio-sanitaria ad una attività erogativa incerta con scarsa continuità, formazione diversificata, con una distribuzione sul territorio non più omogenea e con commistione di ruoli e funzioni sulle quali è stata più volte richiamata l'attenzione degli Ordini dei Medici. Pare che l'importante capitale di conoscenze ed esperienze accumulate dalla Ca anche in caso di emergenze, catastrofi e disastri vada così perduto. Sarebbe opportuno chiarire definitivamente cosa si pensa di fare della Ca che fino a poco tempo fa ha rappresentato un importante anello dell'assistenza anche per i malati cronici curati a domicilio o in strutture. Alcuni protagonisti della vita sanitaria considerano opportuno re-introdur-

re la figura del Mmg ancora/ anche nelle fasce notturne, pre-festive e festive forse per recuperare qualche incentivazione economica in un momento di evidente contrazione di fondi. Ma il disegno appare oggi troppo antistorico nonostante vi siano state note e dispendiose sperimentazioni.

i- le cure domiciliari e le forme associative della Medicina Generale rappresentano un passaggio fondamentale per la "road map" finalizzata a conseguire l'obiettivo della deospedalizzazione e della cura delle patologie croniche complesse sul territorio. In particolare l'assistenza domiciliare è un livello di presa in carico del malato che richiede inevitabilmente il massimo possibile di integrazione e sinergia tra operatori ed attori delle cure.

j- per completare l'efficienza del modello è necessario che l'Adi

(Assistenza Domiciliare Integrata) sia effettivamente ed operativamente (e facilmente) integrata (ad esempio nella comunicazione informale tra gli attori) ed abbia la possibilità di usufruire anche di strutture intermedie residenziali dedicate, che devono sempre essere coordinate e gestite dai medici "di base".

k- inserimento lavorativo dei giovani nella professione di mmg, tramite lo strumento del tutoraggio senior, all'interno dell'associazionismo medico e del ruolo unico.

9-Modelli assistenziali innovativi per la cronicità/fragilità: il Mmg primario del territorio

I tempi possono essere maturi per mettere in atto e strutturare operativamente nuove modalità

Tabella 7 - Temi di riordino della assistenza primaria trattati nei documenti ufficiali

- Integrazione come strumento fondamentale per affrontare le nuove complessità assistenziali:

- per sistemi e valori
- per modelli e strumenti
- per eccellenze professionali ed umanizzazione dell'assistenza

- Ambiti di integrazione: 1-gestionale

- Fattori organizzativi e risorse allocate
- Sviluppo dell'associazionismo
- Sviluppo dei sistemi informatici
- Coordinamento
- Continuità dell'assistenza 2-professionale
- Promozione della formazione della Comunità professionale orientata all'integrazione tramite l'organizzazione, i percorsi Dta, la valorizzazione dei professionisti, la partecipazione dei professionisti alla programmazione aziendale

- Strumenti di governante tra regione e aziende:

- Risultati riguardanti l'integrazione professionale
- Risultati riguardanti la continuità dell'assistenza
- Risultati riguardanti l'organizzazione
- Risultati riguardanti la qualità dei processi assistenziali:
 - appropriatezza prescrittiva
 - accesso facilitato ai servizi
 - presa in carico della cronicità
 - prevenzione
 - promozione della salute (vaccinazioni, screening)

capaci di coinvolgere fattivamente l'intero apparato delle Cure-Assistenza Primaria (il mmg di Ap e di Ca, lo specialista, il servizio infermieristico, il servizio sociale, i servizi territoriali, i rappresentanti delle unità operative distrettuali, i rappresentanti di ambulatori o di percorsi o di day hospital o di day center ospedalieri, i referenti delle strutture intermedie).

Questa "rete di tenuta" è in grado di convivere perfettamente con tutte le forme organizzative/associe già esistenti e può comportare ulteriore elemento di miglioramento del sistema.

L'insieme delle professionalità coinvolte nell'assistenza di base, per raggiungere una efficacia coerente con le esigenze attuali, richiedono comunque una organizzazione di integrazione territoriale nuova. Il disegno paradigmatico "Mmg Primario del Territorio" permette al mmg di riappropriarsi di un ruolo centrale e globale (responsabile e direttore del team) in grado di collegare e fare integrare tutte le altre figure attive sul territorio per quel dato caso o per quello specifico paziente. Tutto ciò può colmare il vuoto assistenziale che si manifesta nel momento della presa in cura di una fragilità che si manifesta a livello domiciliare o di un assistito che viene ri-affidato al territorio (al proprio medico curante) dopo un'acuzie e che ha precedentemente richiesto un ricovero ospedaliero.

I nuovi bisogni che emergono dalle problematiche legate alla cronicità esigono però nuove modalità di gestione della complessità basate su una integrazione più flessibile e più vicina al territorio. È nel territorio che è possibile ottenere da subito un cambiamento di rotta per quanto riguarda l'assistenza domiciliare/

continuità delle cure territoriali. Per questo è necessario, come primo concreto passo, restituire valore ai mmg supportando una progettazione organizzativa (Mmg Primario del Territorio) che nasca dal basso, realizzabile ad *isorse* senza cioè finanziamenti aggiuntivi ma riallocando la maggior parte degli strumenti incentivanti già esistenti nel progetto "Mmg Primario del Territorio".

Come è già stato ricordato i modelli organizzativi della medicina generale vengono pesantemente influenzati dai fenomeni bio-psico-sociali globali e le modalità di assistenza attuali non sembrano più adeguate alle esigenze espresse dai bisogni territoriali di questo terzo millennio che frantumano tutte le programmazioni teoriche, stese sulla carta, ma che alla fine manifestano importanti carenze nell'offerta di risposte "di valore" **(Tabella n. 7).**

Questi *bisogni di risposte di valore* reclamano una rinnovata capacità di gestione della complessità che sia in grado di coniugare ciò che già esiste con nuove forme di integrazione legate senz'altro alle esigenze degli assistiti senza però che questa priorità faccia dimenticare i problemi riguardanti i professionisti coinvolti nelle attività di presa in cura (clienti interni). Nel recente passato i *sistemi premianti* di remunerazione dei Mmg ispirati al prin-

cipio del pagamento in funzione dei risultati di appropriatezza ed efficacia clinica (Pay for performance del SS Inglese – Sistema Incentivante Italiano) hanno senza dubbio ottenuto ottimi risultati ma alcuni autori, dopo aver analizzato il fenomeno, stanno prospettando riserve sullo strumento, in quanto il metodo ha favorito una concentrazione molto attenta su particolari interventi diagnostici, terapeutici e su definite patologie (pressione, diabete, tao, screening) ma, in tutti questi anni di frenetica rincorsa agli incentivi, non si è mai cercato di misurare e gratificare



Tabella 8 - Caratteristiche costitutive della professione del Mmg

- approccio centrato sul paziente
- rapporto "relazionale" basato sulla libera scelta (fiducia): questo bene prioritario (Mmg custode della storia dell'assistito) presenta alcune difficoltà quando le problematiche organizzative prendono il sopravvento nei confronti delle azioni finalizzate al miglioramento delle condizioni della relazione
- autonomia
- capillarità di distribuzione territoriale
- Il sistema della medicina generale ha dimostrato di funzionare bene per equità, meritocrazia (legge di mercato) e gradimento.
- Un sistema diverso (es. subordinazione, la dipendenza, il sistema gerarchico burocratico) non è in grado di garantire la stessa equità e meritocrazia. Può produrre "gratificazioni" estremamente limitate nei numeri per posizioni, per carriera e per aspetti economici (es.: nell' ACN 2009- 2010 si prevede che i coordinatori di UCCP siano mmg ma questi saranno un numero ridottissimo e nominati in modo fiduciario dalle aziende e non dai colleghi o dai pazienti o dal mercato ...)

Tabella 9 - Associazionismo medico

L'associazionismo, di rete o avanzato, è diventato un nuovo soggetto (vera tecnologia sanitaria) di riferimento in grado di:

- valorizzare il rapporto diretto fiduciario (solo per la dimensione dell'aumento dell'efficienza)
- sostenere le soluzioni di rete/integrazione con il SSR (management della complessità)
- aiutare il mantenimento, anche se parziale, dell'autonomia professionale (che rimane comunque un punto di riferimento per le cure territoriali)

Tabella 10 - Suddivisione organizzativa del SSN finalizzata alla continuità delle cure dal Ssn (Servizio Sanitario Nazionale) al Ssr (Servizio Sanitario Regionale)

- 1- Il Ssr è suddiviso in Ausl (Province)
- 2- Ogni Ausl è a sua volta suddivisa in Distretti
- 3- All'interno di ogni Distretto vi sono Forme organizzative e associative funzionali e/o operative dei mmg (Ncp/Aft; Medicine in Rete; Medicine di Gruppo; UCCP; Case della Salute; UTAP ...)
- 4- Ssr → Ausl → Distretti → Associazionismo

Superamento delle criticità esistenti nella continuità delle cure team assistenziali territoriali integrati

- Occorre implementare l'Integrazione operativa multiprofessionale istituendo TEAM ASSISTENZIALI TERRITORIALI (come risposta alle esigenze assistenziali della cronicità e a quelle degli operatori)

quello che, nelle cure primarie, è l'aspetto fondamentale: la relazione terapeutica e cioè quella capacità di lavorare sugli intricati problemi dei pazienti, sulla personalizzazione e sulla continuità delle cure. Infatti la maggior parte degli assistiti del medico "di base" presenta problemi multipli, complessi, interagenti (fisici, psicologici, sociali) non facilmente misurabili (Aa.Vv. L'indice energetico di una organizzazione, Panorama della Sanità, n.33, Settembre 2010). È per questo che il ruolo chiave dell'assistenza primaria rimane quello di coinvolgere e di fare interagire diverse competenze e saperi professionali in grado di

rendere coerente e sostenibile ogni assistenza personalizzandola all'ambiente, alle capacità dell'ammalato, alla complessità dei problemi, alle interazioni: tutti problemi che sono ancora oggi poco dimensionabili. Il prossimo congresso Wonca del 2012 pare affrontare concretamente il problema delle componenti non misurabili della professione del medico di famiglia e sembra siano in preparazione schemi/criteri di valorizzazione di queste rilevazioni. Quando vi è troppa concentrazione su specifiche malattie (attività verticale) si possono senz'altro migliorare alcuni risultati, ma si possono ottenere anche conse-

guenze involontarie di frammentazione dell'assistenza così da produrre alla fine un peggioramento complessivo della qualità delle cure. Desta meraviglia come la maggior parte delle indicazioni derivanti dalle evidenze scientifiche (che sono attualmente alla base della valutazione di qualità della gestione delle patologie) escludano esplicitamente soggetti affetti da costellazioni di comorbidità. L'intervento di tanti professionisti separati o attenzioni concentrate su una sola patologia (con modalità specialistiche) può portare a suggerimenti che possono diventare contraddittori o eccessivamente onerosi per le

abilità del paziente. La qualità effettiva nell'assistenza primaria va misurata quindi sul lavoro di team multidisciplinari in grado di interagire anche con tutti gli altri attori del contesto territoriale come il volontariato, le agenzie esterne, la comunità sociale. Ogni professionista del territorio contribuirà quindi al risultato finale, al successo o all'insuccesso del processo assistenziale. Come è stato già ribadito le recenti esperienze hanno evidenziato come gli importanti risultati ottenuti con il sistema incentivante hanno prodotto un sovra trattamento per molte condizioni ben misurabili ma ha altresì ridotto di molto l'attenzione verso quei problemi non monitorizzabili ma non per questo meno importanti per il paziente (Aa.Vv., L'indice energetico di una organizzazione, Panorama della Sanità, n.33, Settembre 2010)

Non solo i metodi applicati ma anche la professione stessa del mmg, oggi, presenta numerose fragilità in alcune caratteristiche spe-

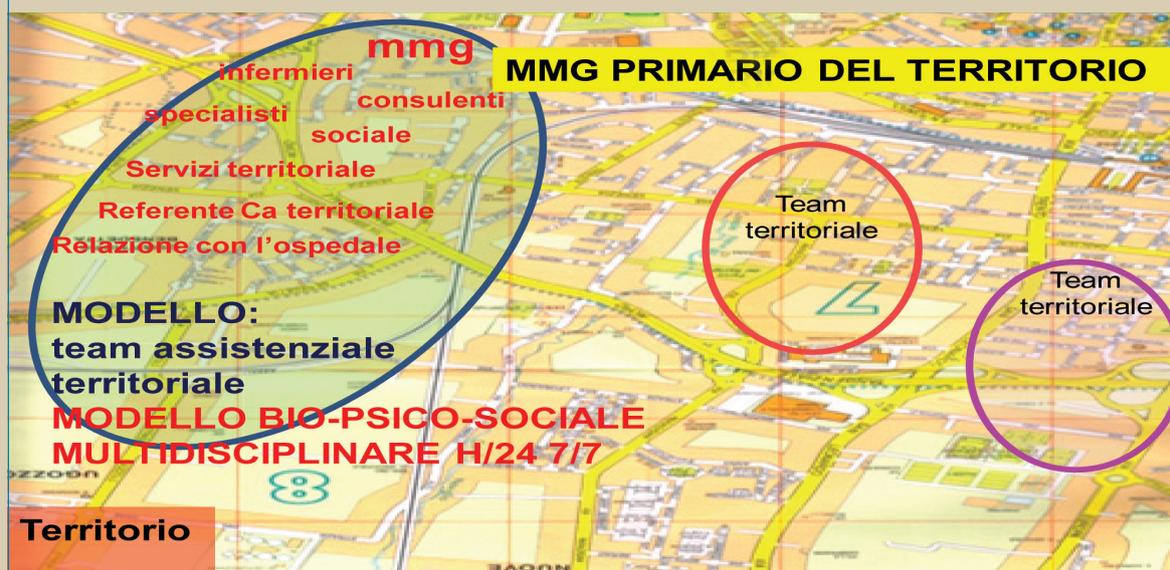
cifiche verso le quali occorrerebbe molta attenzione e salvaguardia (estrema velocità dei cambiamenti; incremento esponenziale dell'attività lavorativa/carico di lavoro; problematiche assistenziali collegate alle variabili riguardanti le aggregazioni e le associazioni; la mancanza di una progressione di carriera) (Tab. n.8).

Il medico territoriale rappresenta poi il collettore privilegiato del malessere generale provocato da tutti i frenetici cambiamenti globali e a questo medico si chiede sempre di più sia da parte della committenza che dall'utenza. Ciò nonostante il medico "deve" comunque gestire questo momento convulso e "deve" essere in grado di governare questa complessità. È innegabile che lo strumento dell'associazionismo (di rete o avanzato) ha e abbia avuto un importante ruolo nella gestione delle contingenze territoriali di questo ultimo periodo. (Tab. n.9). È dall'interno dell'associazionismo medico che le numerose necessità assistenziali (basate su

principi e valori di equità, meritocrazia, qualità, trasparenza, sostenibilità, consenso/gradimento) possono far nascere progetti/modelli innovativi ed adeguati ai tempi. Non deve più accadere l'opposto e cioè che siano costruiti disegni progettuali sulla carta prima ancora di valutare su quale terreno logistico ed umano si andrà poi ad operare. Da questo punto di vista è essenziale che anche gli attori coinvolti nelle varie prese in carico debbano poter esprimere più forza, autorità, autorevolezza sullo stesso contesto organizzativo (Collegio del Territorio). L'organizzazione del Ssn del Ssr tenta da tempo di risolvere le problematiche collegate alla continuità delle cure e della presa in carico ma è sempre venuto meno il passaggio convinto verso un modello più integrato di quello attuale (Tabella n. 10).

Nel territorio (organizzato in Distretti/Ncp/Aft/medicina in rete, medicina di gruppo, utap, Case della salute ecc.), operano a level-

Figura 1 - Il Mmg primario del territorio: la sostenibilità della "continuità delle cure"



lo assistenziale diverse professionalità (mmg, specialisti, infermieri, servizi, sociale). Una loro integrazione strutturata, qualunque sia la forma associativa medica esistente mono o multiprofessionale, è in grado di esprimere operativamente autorevolezza proprio in funzione del capitale di competenze accumulate in grado di risolvere i bisogni assistenziali territoriali complessi e di offrire una continuità delle cure di qualità. Queste professionalità possono essere funzionalmente ed operativamente riunite in *team assistenziali territoriali* medico-sanitario-sociale.

Come suggerisce la letteratura internazionale (The Chronic Care Model; European Forum for Primary Care) l'integrazione professionale strutturata in team può contribuire alla soluzione delle esigenze di governo clinico territoriale per l'immediato e per il futuro più vicino.

Nel Ssn-Ssr Italiano da tempo operano servizi territoriali che applicano i criteri suggeriti pro-

prio dalla letteratura internazionale. Nella Salute Mentale (Csm) e nei Sert (Servizi Dipendenze Patologiche) queste modalità organizzative sono da tempo addirittura accreditate e possono offrire piattaforme di apprendimento/formazione per tutta la medicina generale sul come comporre e rendere operativi i team integrati multi professionali.

Nella pratica il team territoriale (modello assistenziale) viene costituito dal Mmg che si prende pieno carico del proprio assistito fragile o con patologia cronica; con il medico di famiglia collaborano poi infermieri, specialisti, rappresentante dei medici di Ca; rappresentante dei servizi; rappresentante della struttura ospedaliera; rappresentante dell'assistenza sociale...

La mission del disegno progettuale si basa sull'integrazione tra professionisti e sulla ricerca della collaborazione pro attiva con gli assistiti (empowerment) considerati come sistemi esperti. Al proprio interno il team condivide

l'aspetto organizzativo, quello assistenziale, i sistemi di comunicazione, i ruoli e le funzioni.

In questo modello il mmg ha il ruolo di coordinamento e management complessivo sull'intero team per casi complessi oltre che di responsabile di ogni aspetto clinico. La centralità del mmg ha funzioni di integrazione, allaccio, raccordo e di guida dei processi decisionali che vengono condivisi con tutte le altre figure professionali (es.: è il mmg che individua eventualmente il case manager). Nel team non esiste una gerarchia a piramide ma un circolarità di saperi e informazioni (**foto 1, foto 2**).

Il team assistenziale territoriale si attiva ogni volta che si presenta la necessità di prendere in carico un ammalato fragile o con patologia cronica e il team termina la propria funzione in caso di "dimissione" del caso. Elemento fondamentale ed innovativo per dare gambe al progetto sono le riunioni strutturate e finalizzate da eseguire in orario di lavoro. La medi-

Figura 2 - il Mmg primario del territorio: la sostenibilità della "continuità delle cure"



cina generale da anni organizza le proprie riunioni di Ncp/gruppo alla sera, alla fine della giornata di lavoro, o al sabato ma le figure professionali "dipendenti" coinvolte nel modello del team territoriale non sono disponibili a partecipare a riunioni al di fuori dell'orario di lavoro.

Riprendendo come esempio la strutturazione degli incontri organizzati nei Sert si può ipotizzare lo svolgimento di una riunione organizzativa quindicinale da tenere al giovedì dalle ore 13.30 alle ore 15.30 e una riunione clinica settimanale da tenere al martedì dalle ore 13.30 alle ore 15.30.

Tutti gli incontri di team (come anche per quelli di Ncp) potrebbero anche essere accreditati come Ecm acquisiti "sul campo".

Le riunioni sono di tipo professionale e riguardano l'attività organizzativa/assistenziale: comprendono programmi di organizzazione, audit, revisione delle linee guida, distribuzione di compiti ed incarichi, valutazione delle performance del team e delle risposte dei nuclei familiari o dei singoli assistiti sulla falsariga di alcuni protocolli schematici già applicati da tempo nelle équipes che si occupano di cure palliative.

Alla luce di quanto esposto il mmg ritorna ad avere un primato e ad esercitare il ruolo di *Primario del Territorio* proprio perché l'assistenza è l'area dove il mmg può sentirsi più forte e più competente. La Medicina Generale, secon-

do questo modello, può richiedere a ragione investimenti in funzione delle possibili soluzioni h/24 7/7 che è in grado di offrire alle tematiche assistenziali contemporanee. Il concetto ed il termine di *Primario del Territorio* può apparire ridondante in una organizzazione generale burocratica composta da una costellazione di direttori e responsabili (non necessariamente medici) ma rimane un'immagine semplice, facilmente comprensibile per gli assistiti ma anche in grado di realizzare effettivamente e concretamente quella progressione di carriera del Mmg da più parti reclamata ma che i sistemi premianti delle organizzazioni burocratizzate non possono offrire a tutti i Mmg.

Il team territoriale guidato dal *Mmg Primario del Territorio* dovrà inoltre affrontare il tema della comunicazione tra i professionisti e l'utilizzo delle tecnologie. È importante che questi sistemi possano essere semplici, uniformati, sostenibili e che possano offrire un supporto concreto effettivo al team (trasferimento di segreto professionale tra professionisti). L'assistenza domiciliare dovrà dotarsi di tecnologie in grado di facilitare la relazione e il contatto con i pazienti e con i caregiver professionali o familiari. È facile ipotizzare anche una prossima diffusione di device (piccoli strumenti tecnologici) in grado di far sviluppare autonomia agli stessi ammalati o di migliorare eventuali abilità residue.

La stesura di ogni programma di supporto e di assistenza per quel dato caso o per quella specifica persona sarà condiviso e concordato tra i vari attori del team.

Anche lo strumento della cartella clinica (che potrebbe essere in un semplicissimo formato elettronico tipo foglio Word con spazi dedicati alla data e alle firme) potrà essere utilizzato come documento di verbalizzazione sintetico delle riunioni e per documentare la suddivisione degli incarichi e dei compiti.

In considerazioni delle attuali criticità evidenziate dalle problematiche collegabili alla privacy, ai nuovi sistemi informatici del Fascicolo Elettronico e del Patient Summary, agli episodi comunicati dai media riguardanti l'estrema fragilità dei sistemi informatici e la loro facile violazione, al fatto che gli assistiti cronici e fragili possono presentare una particolare "sensibilità" di dati e notizie si considera opportuno che tutto il materiale informatizzato prodotto dal team territoriale rimanga all'interno dello stesso gruppo e sotto la responsabilità del Mmg (Primario del Territorio).

Infine come ultimo spunto di riflessione si può affermare che il tema della valorizzazione del mmg (Mmg Primario del Territorio) può acquisire una valenza particolare se si considera il grande numero di mmg che si stanno avviando sulla via del pensionamento, manovre permettendo (**Tabella n. 11**)

Tabella 11 - Mmg e pensionamenti

Totale mmg 62.000

Mmg con età inferiore ai 40 anni:	3.000	
Mmg con età tra 40-49 anni:	12.000	
Mmg con età tra 50-60 anni:	33.000	}
Mmg con età superiore ai 60 anni:	14.000	

47.000 mmg in età prossima alla pensione