



Intervista al Vice Presidente SIMG sul Preaccordo

Ovidio Brignoli

Come valuti il preaccordo della Medicina Generale recentemente siglato dalle principali organizzazioni sindacali?

L'impostazione del preaccordo è buona e condivisibile dai Medici di Medicina Generale (MMG) italiani per i seguenti motivi:

- si ridefinisce un ruolo nazionale del MMG attribuendogli una responsabilità assistenziale da dimostrare nella gestione del paziente;
- si introduce il concetto di prendersi cura del paziente e conseguentemente si riafferma il ruolo prevalentemente clinico del Medico di famiglia;
- si privilegia il rapporto con la Continuità Assistenziale nel tentativo di governare meglio l'ambito della medicina territoriale;
- si riafferma il valore dei dati e delle informazioni sul paziente, all'interno di sistemi di rete, per una valutazione personale dell'operato e per migliorare la governance delle Aziende Sanitarie;
- si prefigurano sistemi organizzativi nuovi con l'intento di migliorare i servizi ai cittadini e di ridurre il fardello burocratico sui Medici di famiglia.

Allora siamo di fronte ad una convenzione perfetta?

Non proprio, l'enunciazione di alcuni principi condivisibili non è sufficiente a rendere concreto e praticabile l'accordo che è completamente privo dei contenuti specifici della Medicina Generale e di come e con quali strumenti si realizzano gli obiettivi enunciati.

C'è una grande enfasi sugli aspetti organizzativi che prevedono un'aggregazione obbligatoria dei MMG in unità funzionali e successivamente in unità complesse, ma tutto questo non può avvenire in tempo breve e senza grandi investimenti economici.

Mancano invece tutti i riferimenti economici necessari per costituire le nuove aggregazioni organizzative e soprattutto per compensare i nuovi impegni dei Medici di famiglia.

Ma perché nonostante questi limiti consideri questo preaccordo interessante per i MMG?

Perché per la prima volta si intravede un ruolo diverso del

MMG. Al Medico di famiglia, sia esso singolo o aggregato, si affida di fatto la responsabilità della presa in carico dei pazienti cronici che rappresentano gran parte del suo lavoro e gli si chiede di documentare se il percorso di cura produce esiti misurabili attraverso una periodica valutazione del processo di cura rilevabile da una serie di indicatori. Questo lavoro ha valore prima di tutto per il MMG perché gli dà misura del proprio operato.

Facciamo un esempio concreto. Io assisto 135 pazienti diabetici di 2° tipo che ho inserito in un processo condiviso con i colleghi specialisti. In base alla periodica rilevazione di alcuni elementi clinici documentati dalla letteratura (periodica misurazione della pressione, della emoglobina glicata, della microalbuminuria, del fondo dell'occhio, dell'elettrocardiogramma, ecc.), sono in grado di valutare se il processo diagnostico terapeutico produce risultati in termini di raggiungimento di target prefissati (valori di pressione, di emoglobina glicata e microalbuminuria, ecc.) e se questo nel tempo rallenta le complicanze nei miei pazienti e garantisce loro una soddisfacente qualità di vita.

In questa logica e con idonei strumenti messi a disposizione dalla SIMG, sono in grado di valutare il mio comportamento e di migliorarlo se necessario, ma allo stesso tempo, fornendo periodici report all'ASL, sono in grado di rendere misurabile e trasparente il mio operato mantenendo la riservatezza e la segretezza nei confronti dei pazienti.

I dati dei singoli medici nei gruppi funzionali sono l'oggetto di audit clinico e quindi di formazione permanente.

Questo rappresenta il concetto di *accountability*, che raggruppa l'aspetto della responsabilità di cura e della trasparenza.

Ma i MMG hanno programmi informatici diversi e questo può essere un problema ed inoltre molti di essi non sono in grado elaborare i report

Questo è veramente un finto problema. I fornitori di programmi informatici della Medicina Generale sono in grado di fornire applicativi semplici per l'elaborazione dei report senza che i MMG sprechino tempo o debbano acquisire ulteriori competenze informatiche, elaborare un report oggi significa impiegare 5 minuti



di tempo. Per i medici che utilizzano reti è possibile affidare questo compito al gestore della rete ipotizzando che i costi di questo lavoro debbano essere coperti dall'ASL. La SIMG ha esperienze consolidate in questo settore che possono essere messe a frutto da tutti i MMG che utilizzano una cartella informatica.

Ma secondo questa logica il lavoro del MMG aumenterà di molto e sarà più complesso

L'esperienza maturata in questi anni dalla SIMG e anche le positive esperienze dei colleghi europei testimoniano che gran parte del lavoro del MMG è finalizzata alla gestione dei pazienti cronici che sono raggruppabili in 10/12 patologie (ipertesi, diabetici, bronchitici cronici, asmatici, ecc.) e che una buona gestione di questi pazienti rappresenta più dell'80% dell'intera attività professionale. Per essere concreti un Medico di famiglia ha circa 8000 contatti (accessi) annuali e ha nella sua popolazione 350 ipertesi che vede 8 volte l'anno, 100 diabetici che vede 10 volte l'anno, 35 broncopneumopatici cronici che vede 8 volte l'anno, 300 artrosici che vede 7 volte l'anno ecc. Solo sommando gli accessi di queste categorie di pazienti si raggiungono oltre 6000 accessi. È ovvio che il paziente cronico rappresenta il core dell'attività del MMG e che i problemi acuti sono solo una piccola quota del lavoro spesso limitata ad alcuni periodi dell'anno (es. periodo influenzale). Se il Medico di famiglia conosce i motivi degli accessi in relazione alle tipologie dei pazienti, è in grado anche di predefinire il proprio lavoro attraverso una organizzazione degli accessi così come fanno gli specialisti, nel tempo quindi questo approccio può risultare efficace, rispettoso dei bisogni dei pazienti e meno oneroso per il medico.

Questo vale per il medico che continuerà a lavorare da solo, ma diventerà una grande opportunità per i MMG che aderiranno alle unità complesse di cure primarie, dove la presenza di personale faciliterà l'accesso e ridurrà i compiti burocratici privilegiando il ruolo clinico del Medico di famiglia.

Il preaccordo prevede, però, all'art. 5 che i Medici di Assistenza Primaria inviino all'ASL le informazioni elementari di seguito specificate:

- richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema, indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato
- accesso allo studio medico con o senza visita medica
- visite domiciliari
- PPIP (prestazioni di particolare impegno professionale)

• ADP E ADI (Assistenza Domiciliare Programmata e Assistenza Domiciliare Integrata)

Queste informazioni sono diverse da quelle che tu hai indicato

È vero, l'ASL ha un concetto di governance che è prevalentemente concentrato sugli aspetti organizzativi e quindi si occupa dei flussi, delle quantità, mentre la Medicina Generale ha oltre al problema della quantità soprattutto quello della qualità. Inoltre mi sembra utile ricordare che gran parte di questi dati noi li forniamo già da anni all'ASL.

Ma che differenza c'è tra il modello tradizionale di lavoro e quello previsto dal preaccordo della Medicina Generale?

La differenza è abissale in termini di risultati e minima in termini di organizzazione. Io sono convinto che gran parte dei MMG svolgono quotidianamente un eccellente lavoro ma non hanno gli strumenti per dimostrare all'istituzione la quantità di questo lavoro e la qualità in termini di risultati. L'approccio previsto dal preaccordo che prevede strumenti di governance in Medicina Generale che uniti ad una reportistica periodica e continua permettono di documentare:

- il carico di lavoro;
- l'aderenza al percorso;
- l'ottenimento di risultati clinici;

Questo approccio è ovviamente una rivoluzione a 360° perché documenta in modo inequivocabile l'impegno del professionista e del suo team o del suo gruppo, e inoltre dimostra l'ottenimento di performance che possono permettere una nuova strutturazione del compenso.

Questo significa che i medici con lo stesso numero di assistiti potranno avere una diversa remunerazione?

Certamente; questo è previsto dal punto 4 dell'articolo 4 del preaccordo. Il medico deve ricevere un compenso di base per quota capitaria, un compenso per i fattori di produzione del reddito che egli impiega e da ora anche un compenso in base ad alcune performance cliniche documentate che si riferiscono a adesione a percorsi diagnostico-terapeutici e a risultati clinici (raggiungimento di target).

Ma tutto questo impianto darà dei risultati per i pazienti per i MMG e per il Servizio Sanitario?

La conferma che questo percorso è valido ed efficace ci viene dal fatto che i colleghi inglesi che hanno rinnovato il contratto basato sugli elementi prima enunciati (gestione dei pazienti cronici attraverso l'assunzione di responsabilità e la dimostrazione del lavoro attraverso la documentazione dei percorsi e degli esiti) hanno rag-

giunto risultati eccellenti mai realizzati prima nel Regno Unito in termini di qualità delle cure e soddisfazione dei pazienti. Ma quello che credo sia ancora più convincente e sorprendente è che un lavoro recentemente pubblicato dall'ASL di Brescia e che si riferisce all'attività di gestione di oltre 400 MMG della provincia intitolato "Governare Clinico della Medicina Generale nell'ASL di Brescia: impatto sulla presa in carico degli assistiti e sul consumo di risorse sanitarie", ha dimostrato che l'adesione a percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e l'utilizzo di reportistica migliora le performance cliniche di gestione dei pazienti cronici misurato con alcuni gruppi di confronto in un periodo di oltre 5 anni, e riduce i costi complessivi dell'assistenza senza aumentare il carico di lavoro dei MMG che hanno aderito indipendentemente dalle appartenenze. I pazienti valutati sono ipertesi e diabetici e sono diverse decine di migliaia.

E quindi quali conclusioni si possono trarre in relazione al preaccordo della Medicina Generale?

Per essere sintetici credo si possa affermare che:

- l'indirizzo tracciato dal preaccordo è condivisibile ma mancano i contenuti professionali e le modalità operative per realizzare gli obiettivi;
- la SIMG ha da anni realizzato esperienze in tema di governance con risultati fortemente positivi;
- la SIMG è disponibile a offrire gli strumenti operativi per concretizzare gli obiettivi previsti dal preaccordo;
- la SIMG garantisce che tutti i MMG sono in grado di partecipare in forma singola o in forma aggregata al processo tracciato dal preaccordo senza difficoltà.

Speciale Accordo Medicina Generale

