

ACCORDO AZIENDALE MEDICI di MEDICINA GENERALE

Riguardo all'evoluzione che possono avere nei prossimi anni le cure primarie, gli aspetti da considerare riguardano sia i contenuti professionali ed assistenziali sia gli assetti organizzativi, e costituiscono veri e propri snodi critici, a partire dal riconoscimento della specificità delle diverse professioni interessate e dalla capacità di integrazione che esse sapranno esprimere.

Un aspetto di particolare complessità è rappresentato dalla definizione del nuovo ruolo che i medici delle Cure Primarie, ovvero i MMG, i PdLS e i MCA, rivestono all'interno dell'organizzazione sanitaria e di come possono interpretarlo interagendo con gli altri attori territoriali e ospedalieri.

Scenario esistente

Nell'ambito del distretto, le cure primarie hanno assunto la funzione di produzione in quanto assicurano la produzione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria primaria per i settori di competenza. Alcuni processi di cambiamento determinatisi negli anni hanno avuto successo, e precisamente:

- la graduale realizzazione di reti integrate di servizi nell'ambito dell'assistenza territoriale primaria, attraverso relazioni funzionali tra équipe multiprofessionali; ciò ha prodotto il riconoscimento reciproco delle competenze e dei ruoli dei componenti, lo sviluppo di sinergie e di collaborazione, ed un aumento del senso di identità e di appartenenza alle organizzazioni distrettuali, fino alla condivisione di obiettivi comuni;
- lo sviluppo di una gestione a rete della medicina generale (MMG, PLS), focalizzando su di essa gli sforzi organizzativi per riconoscerle un ruolo di effettiva centralità; ciò è confermato dal passaggio dalle forme associative per singole categorie professionali alla realizzazione dei NCP;
- la promozione e lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali attraverso iniziative di formazione, anche comuni, che ha portato a produrre e sostenere progetti assistenziali sempre più integrati (es. diabete, demenze, etc).

In questi anni le tre principali direttrici di sviluppo delle CP per costruire i processi operativi sono state:

- la centralità del paziente e/o della famiglia all'interno di ciascun processo assistenziale e sulla base dei bisogni espressi;
- la produzione di prestazioni caratterizzate da elevati livelli di appropriatezza, efficacia, responsabilità e qualità tecnica;
- l'integrazione multiprofessionale.

Obiettivo comune a tutte le direttrici sono state l'elaborazione e l'implementazione di percorsi di continuità di cura, sia nella gestione della cronicità che nel sostegno alla domiciliarità.

- La presa in carico della cronicità (diabete, demenze, malattie cardiovascolari, pazienti GraCer) ha nella multidisciplinarietà tipica dell'approccio delle cure primarie, nel lavoro in team e nell'integrazione tra competenze professionali diverse, ma convergenti sugli stessi bisogni assistenziali, un aspetto chiave del disease management. Ciò permette all'Azienda, al di là della garanzia dei percorsi assistenziali, il monitoraggio degli stessi e dei risultati clinici e di gradimento dell'utenza (vedi ad es. il progetto diabete).
- Anche lo sviluppo delle cure domiciliari, che nella progettualità aziendale continuano ad essere l'opzione prioritaria di risposta, è avvenuto in stretta collaborazione con tutti gli interlocutori: ciò ha consentito di definirne l'organizzazione a supporto della grande attività svolta (e documentata) e dimostrarne la validità in alternativa al ricovero, secondo un modello di intervento che vede il MMG come responsabile terapeutico e che ricopre un ruolo centrale nell'assistenza ai malati cronici e terminali.

In particolare, l'attenzione posta alle cure di fine vita ha portato sia ad iniziative di crescita culturale e professionale che ad adeguamenti di carattere organizzativo. A tale proposito, l'implementazione della rete aziendale delle cure palliative sta concretizzandosi anche attraverso la formazione dei NCP e l'individuazione delle Unità Territoriali delle Cure Palliative che nei NCP trovano piena realizzazione.

Contesto normativo

- ✓ La Legge Regionale n. 29 del 2004, individua, descrivendola, la nuova articolazione distrettuale. L'art.

4, infatti, recita: " I distretti sanitari, ... costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende USL allo scopo di:

- a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni...;
- b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari;
- c) favorire la partecipazione dei cittadini.

Inoltre, la L.R. n. 29/2004 individua il Distretto come sede della committenza, dell'integrazione sociale e sanitaria e, in ambito sanitario, dell'integrazione interdipartimentale, con particolare riferimento ai Dipartimenti delle Cure Primarie, di Salute Mentale, di Sanità Pubblica, assetti organizzativi fondamentali per l'organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

Il Direttore di Distretto garantisce le attività di programmazione locale, monitoraggio e verifica, coinvolgendo tutti gli operatori operanti a livello distrettuale ed aziendale, inclusi i MMG.

- ✓ Il Piano sociale e sanitario 2007-2009 della Regione riassume l'evoluzione normativa del Distretto, precisando che i provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/2003, L.R. n. 29/2004) hanno configurato il Distretto come l'ambito per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. In particolare, la legge 29/2004 completa il processo di riorganizzazione, individuando nel Distretto l'organo di decentramento del governo aziendale in ambito territoriale, nel Dipartimento delle Cure Primarie la forma organizzativa specifica e nel Nucleo di Cure Primarie l'unità operativa fondamentale dell'assistenza territoriale.

Il modello culturale ed operativo proposto persegue, in primo luogo, la permanenza della persona presso il domicilio, nel rispetto della libertà di scelta sua e della sua famiglia, attraverso una forte integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e quelli sociali dei Comuni, per garantire percorsi integrati.

Il sistema delle cure primarie costituisce una rete in cui i nodi, cioè i produttori di prestazioni e servizi (Poliambulatorio, Consultorio, Nuclei delle Cure Primarie ecc.) si identificano nei luoghi fisici di produzione e di erogazione dei servizi, mentre le maglie sono i percorsi, i protocolli, le procedure che li mettono in relazione. La configurazione della rete dei servizi territoriali, fondata a livello distrettuale sull'alta diffusione di punti di erogazione di prestazioni di base, a loro volta collegati con punti di maggior specializzazione, garantisce equità distributiva nell'accesso ai servizi ed efficienza di sistema.

- ✓ L'ACR prevede l'inserimento formale dei medici di medicina generale nella organizzazione delle Aziende sanitarie ai livelli aziendale, distrettuale e dipartimentale, con specifiche attribuzioni (supporto, consulenza e proposizione) nei confronti delle rispettive figure dirigenziali. Tali attività di supporto saranno in particolare affidate ai Referenti di Distretto e Dipartimento Cure Primarie per la Medicina Generale, il cui profilo funzionale è descritto dall'allegato 2 dell'accordo stesso.

Per quanto concerne il Coordinatore di Nucleo di Cure Primarie, l'allegato 3 precisa: "La responsabilità del Nucleo di Cure Primarie è affidata ad un Coordinatore individuato fra i medici di scelta su indicazione dei medici afferenti al Nucleo, con le seguenti funzioni:

- programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionali, ai fini anche della rivalutazione delle risorse assegnate;
- promozione della formazione, anche integrata, e verifica dei bisogni formativi espressi dai medici di medicina generale avvalendosi anche della collaborazione del Centro regionale per la formazione e/o degli eventuali altri organismi aziendali collegiali specifici;
- supporto al Dipartimento Cure Primarie nella definizione degli obiettivi con la condivisione del Nucleo di Cure Primarie, facendo riferimento alle risorse assegnate;
- promozione dell'organizzazione dei processi assistenziali e valutazione dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali del sistema;
- ricerca della condivisione fra gli appartenenti al Nucleo con funzione di interfaccia con il Dipartimento;
- il coordinatore, in applicazione alle determinazioni ed agli accordi condivisi in sede di Comitato Aziendale concorda gli obiettivi con il Nucleo di Cure Primarie e con la Direzione del Dipartimento Cure Primarie in riferimento alle risorse assegnate, orienta il lavoro del Nucleo all'appropriatezza, promuove l'organizzazione dei processi assistenziali e la valutazione condivisa dei vari progetti nella loro efficacia e coerenza con gli obiettivi assistenziali.

Principi generali e obiettivi strategici del progetto

La coerenza del sistema richiede oggi un forte investimento economico, tecnologico e culturale sulle cure primarie e sui nodi ospedalieri: nessun sistema di rete ospedaliera infatti potrà mai reggere se non è inserito in una rete territoriale efficace ed efficiente e se i due sistemi non sono in grado di dialogare. Vale anche in questo caso la cultura della sussidiarietà orizzontale, cioè che tutto ciò che è possibile fare vicino all'utente lo deve erogare l'articolazione organizzativa più vicina nell'ambito dei luoghi della domiciliarità (sedi ambulatoriali, e consultoriali, il domicilio, le strutture residenziali e i centri diurni): è il principio su cui si basa l'organizzazione a rete delle cure primarie.

Pertanto diventa necessario il consolidamento della rete territoriale, intesa sia come sistema integrato di servizi al cittadino che come sistema di relazioni tra i professionisti e gli operatori all'interno dello stesso NCP e tra NCP e servizi diversi.

Come disciplinato dall'AIR 2006, le priorità riguardano:

- 1. "lo sviluppo dei NCP con la definizione di modalità, condivise, per favorire l'integrazione di lavoro con gli altri operatori, e la realizzazione della continuità assistenziale territoriale*
- 2. il rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP, anche attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti*
- 3. l'implementazione del progetto SOLE per le comunicazioni e scambio di informazioni fra medici e strutture dell'azienda, attivando i flussi informativi necessari a migliorare la qualità del servizio per la realizzazione di progetti di prevenzione*
- 4. la sperimentazione di progetti che vedono il coinvolgimento di professionisti ed operatori sanitari e sociali .*
- 5. l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti (TAO, scompenso cardiaco)*
- 6. la garanzia della continuità delle cure e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali*
- 7. progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana*
- 8. attività di educazione permanente individuale finalizzata agli stili di vita"*

I contenuti

Nell'affrontare il tema dell'evoluzione che possono avere nei prossimi anni le cure primarie, particolare attenzione va posta al nuovo ruolo che i "medici delle Cure Primarie", ovvero i MMG ed i PdLS, rivestono all'interno dell'organizzazione sanitaria ed a come possono interpretarlo interagendo con gli altri attori (infermieri, ostetriche, psicologi, medici specialisti) dell'assistenza primaria.

A questo tema vanno ricondotte l'analisi del fenomeno, ormai acclarato, dell'aumento del carico di lavoro della medicina generale e la ricerca delle possibili soluzioni per gestirlo. L'aumento delle richieste può essere proprio, improprio o legato a nuovi modelli organizzativi e/o assistenziali: ad esempio si possono citare l'invecchiamento generale della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, molteplici problematiche sociali (anziani soli, immigrati, ...), lo sviluppo di una medicina tecnologica e parcellizzata legata a logiche non strettamente sanitarie, e così via. Tutti questi fenomeni richiedono nuovi modelli organizzativi, che devono favorire la trasformazione del ruolo dei medici delle Cure Primarie nei sistemi sanitari, attualmente in corso, consentendo loro di lavorare al meglio ma senza incrementare il carico di lavoro, attraverso la revisione dei compiti tradizionali della Medicina Generale e delle Cure Primarie, nonché lo stanziamento e la distribuzione delle risorse alla luce di diverse modalità organizzative e gestionali.

Si tratta di progettare un'evoluzione organizzativa che, per essere in grado di realizzarsi in modo efficace e di produrre risultati apprezzabili sul piano della qualità dell'assistenza erogata e di quella percepita dai cittadini, deve coinvolgere in modo coerente non solo tutti gli attori delle cure primarie, ma i diversi servizi assistenziali, territoriali ed ospedalieri. Perché questo accada, è necessario definire le aree tematiche che rappresentano le linee direttrici del progetto e le aree di intervento entro le quali agire.

Uno dei temi rilevanti per i sistemi sanitari dei paesi sviluppati, caratterizzati da una popolazione in via di invecchiamento e da un progressivo incremento della patologia cronica, riguarda la domanda di servizi socio sanitari integrati e continuativi nel tempo e l'aumento della complessità assistenziale a fronte di una progressiva razionalizzazione delle risorse.

Di conseguenza, la gestione delle malattie croniche, sempre più complessa, richiede il superamento di barriere organizzative, professionali, operative a favore di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico dei pazienti; d'altro canto, la disponibilità di risorse sempre più "definite" impone modalità e strumenti di supporto alle famiglie incentrate su servizi che aumentino le competenze dei pazienti stessi e delle famiglie. (es.: educazione e informazione, sostegno e sollievo, counselling, supervisione e monitoraggio, attraverso programmi ed interventi strutturati, diretti e/o telefonici).

Aree tematiche

- a. Presa in carico della cronicità
- b. Continuità di cura
- c. Miglioramento continuo e qualità dell'assistenza

a. Presa in carico della cronicità

Nella gestione delle cure primarie e delle malattie croniche, dove l'assistenza è per la gran parte "estensiva" e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente. L'evoluzione naturale è lo sviluppo di un atteggiamento pro-attivo, che modifica la tradizionale medicina d'attesa in medicina di iniziativa, rimarcandone il valore di prevenzione del rischio della perdita dell'autosufficienza.

b. Continuità di cura

L'organizzazione sanitaria deve oggi superare l'esasperata specializzazione che ha finora contrapposto alla complessità della patologia cronica e della polipatologia, e trovare modalità capaci di riunire le immagini parziali che i diversi professionisti, servizi e strutture rimandano dell'assistito.

La continuità è, dunque, un processo basato sulla collaborazione di professionisti afferenti ad aree diverse, teso alla valutazione, pianificazione, implementazione, coordinamento, monitoraggio e selezione delle opzioni e dei servizi che possono soddisfare i bisogni individuali, in campo sanitario e sociale.

c. Miglioramento continuo e qualità dell'assistenza

Solo una visione sistemica garantisce lo sviluppo di una strategia di governance capace di mettere in relazione ed integrare gli aspetti clinici, gestionali ed economici, nonché quelli di ricerca e sviluppo, della sicurezza dei pazienti, dell'informazione e della valutazione delle tecnologie sanitarie. In una tale prospettiva, in grado di progettare e sviluppare interventi per la qualità che siano parte integrante del sistema di prestazioni comprese nei LEA e di promuovere l'assunzione di responsabilità condivise, gli elementi cardine attorno a cui costruire un sistema qualità delle cure primarie sono rappresentati da:

- centralità del paziente, dei suoi diritti e bisogni di salute;
- forte ruolo dei professionisti, dell'organizzazione sanitaria e dei cittadini;
- assunzione di responsabilità condivisa della realizzazione del miglioramento da parte di tutti i soggetti, compresi i cittadini.

Pur nella molteplicità di possibili metodi di approccio, vanno considerati:

- gli strumenti, i metodi e le tecniche per progettare, valutare migliorare la qualità delle cure con la partecipazione, la tutela e la soddisfazione dei cittadini;
- gli strumenti, le tecniche ed i metodi propri delle culture professionali;
- gli strumenti, le tecniche ed i metodi della gestione manageriale dei sistemi sanitari e socio-assistenziali ad elevato grado di complessità (tesi ad ottenere il miglioramento dello stato di salute dei cittadini trattati, la prevenzione delle condizioni morbose nelle popolazioni a rischio e la sicurezza dei trattamenti).

Attraverso l'uso integrato di tutti questi elementi, l'impegno per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza si traduce concretamente nel sistema delle cure primarie, al fine di garantire che ogni cittadino/paziente riceva la prestazione di cui necessita, con miglior esito probabile sulla base delle conoscenze disponibili, con il minor rischio di danni conseguenti il trattamento, il consumo di risorse più equilibrato e la massima soddisfazione percepita.

Aree di intervento

1. Integrazione tra gli operatori delle cure primarie
2. Governo clinico
3. Rapporti con gli specialisti territoriali ed ospedalieri
4. Informatizzazione
5. Formazione
6. Ricerca in medicina generale

1.L'integrazione tra gli operatori delle cure primarie

L'obiettivo di lungo periodo è quello di aumentare lo scambio di esperienze, la collaborazione e il grado di integrazione fra gli operatori delle Cure Primarie. Nel fare questo occorre distinguere chiaramente tra le forme di cooperazione tra i MMG/PLS (medicina in rete, in associazione e di gruppo, cooperative e progressivo inserimento dei MCA) e quelle che riguardano MMG/PLS con gli altri operatori delle Cure Primarie: le prime, forme associative di carattere volontario, rappresentano la base da cui partire per lo sviluppo delle seconde (i Nuclei di Cure Primarie - NCP) che aggregano istituzionalmente e funzionalmente diverse componenti professionali.

2.Il governo clinico

Il governo clinico mira ad assicurare il raggiungimento di specifici standard di assistenza, sia in termini di adozione di interventi di documentata efficacia rispetto a standard prefissati, sia in termini di risultati raggiunti. Esso si fonda perciò su progetti aziendali, a carattere provinciale e si sviluppa per programmi poliennali.

In proposito, nell'Azienda USL di Modena esistono, nell'ambito del Programma Cure Primarie e Cure Palliative, alcuni esempi positivi come il Progetto Diabete, e la realizzazione delle Unità di Cure Palliative territoriali, che devono essere ulteriormente valorizzati: essi offrono ai professionisti (il MMG in primis) la possibilità di partecipare al governo del sistema e costituiscono validi spunti per la programmazione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali nonché di azioni finalizzate ad agevolare il lavoro professionale e l'esito per gli utenti.

Tra le componenti del governo clinico deve essere considerato il sistema incentivante, il quale si configura come uno strumento inserito all'interno di un percorso che va dalla definizione di obiettivi condivisi al raggiungimento degli stessi, verificato attraverso adeguati processi di valutazione e di controllo (finalizzati al miglioramento e all'apprendimento continuo). Secondo questa logica, diventa ineludibile la definizione di un sistema per la valutazione dell'appropriatezza clinica basato su alcuni indicatori di performance (non solo prescrittiva), superando l'attuale sistema degli obiettivi di NCP basati solo sulla prescrizione dei farmaci.

Di conseguenza, è sicuramente necessario costruire un sistema di indicatori stabili che consentano di misurare e confrontare le attività delle Cure Primarie e definire dei livelli di qualità da garantire ai cittadini.

3.Rapporti con gli specialisti territoriali ed Ospedalieri

E' necessario migliorare il sistema di interfaccia con gli specialisti, definendo con trasparenza, verso le istituzioni e gli utenti, quali rapporti avere e come gestirli.

E' inoltre necessario creare o consolidare modelli organizzativi, progetti comuni, percorsi condivisi in grado di salvaguardare e valorizzare le rispettive specificità professionali.

Le azioni da mettere in campo per realizzare l'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie da funzionali a strutturali sono:

- ✓ la costruzione di rapporti stabili tra i MMG e gli specialisti ambulatoriali volta al miglioramento della presa in carico delle patologie croniche, (diabete, BPCO, scompenso cardiaco cronico, TAO etc...) anche con la partecipazione degli specialisti alla realizzazione degli ambulatori per patologia (nelle sedi dei nuclei di cure primarie);
- ✓ l'acquisizione degli strumenti e dei metodi del governo clinico come pratica abituale di lavoro;
- ✓ valorizzazione del ruolo degli specialisti ambulatoriali e corresponsabilizzazione sia sul piano professionale che organizzativo;
- ✓ la collaborazione costante con l'Azienda Ospedaliera-Policlinico (es. Gruppo di Lavoro Permanente Misto o Commissione interaziendale).

4.L'informatizzazione

L'evoluzione tecnologica pone la necessità di adeguati investimenti atti a garantire lo sviluppo dell'informatizzazione dei medici di medicina generale, che potrà essere anche occasione per concordare standard e modalità per la tenuta della scheda individuale, per la condivisione di documentazione on-line fra gli studi dello stesso Nucleo di Cure Primarie e con l'Azienda USL, nonché per la realizzazione di progetti specifici. In altre parole, l'informatizzazione diffusa delle cure primarie dovrebbe consentire una migliore gestione delle informazioni socio assistenziali della popolazione, ridurre ripetizioni e sprechi nell'uso delle risorse, fornire data base essenziali per la valutazione epidemiologica delle patologie e dell'appropriatezza delle cure (efficacia, uso delle risorse): la promozione dello sviluppo della rete informatica delle forme associative, può dunque essere considerata funzionale allo sviluppo del Nucleo di Cure Primarie.

I due fondamentali flussi di interazione informatica sono il **collegamento orizzontale** e il **collegamento verticale** dei quali si possono evincere le peculiarità e le potenzialità dalla tabella che segue:

Tipo di collegamento informatico	"orizzontale" tra MMG e loro strutture operative	"verticale" tra MMG e AUSL
Strumento informatico utilizzato	In rete tramite Server della SWhouse produttrice della cartella clinica del MMG, col supporto del sistema "OSM connector" per collegare anche Cartelle Cliniche di SWhouse diverse	In rete tramite l'adeguamento delle diverse Cartelle Cliniche dei MMG allo standard del "progetto SOLE" della Regione Emilia Romagna.
Tipo di dati scambiati	Dati clinici contenuti nella scheda informatizzata dei pazienti.	Documenti "formali": Anagrafica assistiti, Prescrizioni MMG, Referti di esami o di P.S., Lettere Dimissioni
Chi coinvolge ora	MMG Associati in Medicina di Gruppo, in Rete o in Coop (come da ACN art. 54)	Un numero crescente di MMG fino alla totalità (come da ACR allegato 8)
Possibili sviluppi	Estrazione di dati clinici per progetti di NCP (Medico dell'ambulatorio Codici Bianchi, Infermiera Diabetici) o per Epidemiologia o Monitoraggio attività	Moduli A-B Diabete, ADI...

5.La formazione

È necessario sviluppare programmi specifici sulle reali esigenze della sanità territoriale e della crescita professionale, interprofessionale e interdisciplinare, senza sottovalutare le diverse velocità di marcia dei singoli professionisti e dei NCP, che vanno rispettate pur non rallentando troppo il processo. In questa ottica l'interazione tra tutti gli operatori delle Cure Primarie e il Sistema Aziendale può garantire coerenza ed efficacia su temi di salute pubblica a sostegno anche delle azioni tese all'integrazione tra gli operatori delle cure primarie.

Si possono ipotizzare due livelli di formazione per rispettare le diverse velocità di marcia dei professionisti, secondo un modello che possa garantire la diffusione capillare della formazione e la crescita culturale di alcuni leader all'interno di ogni NCP:

- un livello di approfondimento maggiore, riservato a professionisti motivati e specificamente preparati (ad es. animatori di formazione e/o medici esperti, distribuiti all'interno dei singoli Nuclei), che prevede una formazione approfondita su argomenti concordati a livello aziendale) analogamente a quanto fatto sui temi delle cure palliative, delle demenze e dell'educazione terapeutica.
- un livello generale di implementazione, con formazione all'interno del singolo NCP, mediata dal componente "esperto" ed eventualmente da docenti esterni selezionati.

È, inoltre, necessario riconoscere le attività didattico-formative del MMG nelle seguenti aree:

- a) formazione medica pre-laurea
- b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
- c) formazione specifica in Medicina Generale

6. La ricerca in medicina generale

È strettamente correlata allo sviluppo dell'informatizzazione, sia per le opportunità derivanti dalla connessione in rete che per un miglioramento della raccolta dati e dei percorsi valutativi (AUDIT) delle attività svolte.

Rappresenta il valore inestimabile di cercare e trovare risposte nel proprio ambiente di lavoro e di non dover "subire" la ricerca calata e gestita sul territorio da chi il territorio non conosce (pur avendo, tradizionalmente, l'appannaggio esclusivo della ricerca).

Lo sviluppo di questo tema è principalmente correlato all'attività del "Network Ricercatori" dell'Azienda USL di Modena, cui partecipano medici iscritti all'Albo dei Ricercatori in MG e PdLS e medici comunque interessati all'argomento. Bisogna peraltro promuovere e facilitare la partecipazione di almeno un Medico per NCP (Esperto di Ricerca) per costruire una rete di ricercatori diffusa su tutto il territorio, in grado di recepire e diffondere il valore della ricerca osservazionale e valutativa. Un percorso in questo senso è individuabile nei progetti di formazione ideati dalla Commissione Aziendale per la Sperimentazione in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta secondo la logica delle diverse velocità proposte al paragrafo 6.

Gli strumenti: modelli organizzativi e strutture

Allo stato attuale, l'organizzazione delle cure primarie nella provincia di Modena si avvale sia delle indicazioni dell'ACR 2006 (punto 2 pagina 3) che prevede "il rafforzamento delle forme associative più funzionali allo sviluppo degli obiettivi propri del NCP, anche attraverso l'evoluzione delle forme già esistenti", sia degli strumenti già in nostro possesso grazie alle esperienze positive attuate in questi anni, e si può considerare da due punti di vista:

- Punto di vista **funzionale** : i **NCP** hanno favorito la conoscenza e la collaborazione tra MMG e gli altri operatori del Distretto dei Servizi Sociali e dell'Ospedale sul piano della organizzazione dei servizi e della formazione professionale; mediante il **Coordinatore di NCP** hanno svolto un ruolo importante nella rilevazione dei bisogni e nel monitoraggio della produzione dei servizi a livello periferico.

Il nuovo ACR introduce le nuove figure dei due **Referenti per la Medicina Generale** a supporto del Direttore del Distretto e del Direttore delle Cure Primarie che forniscono alla Medicina Generale un ulteriore ruolo più centrale in ambito Distrettuale.


- Punto di vista **strutturale**: la questione centrale è rappresentata dalla possibilità che diversi operatori delle cure primarie si trovino ad operare in un'unica sede; possibilità questa che dovrebbe essere realizzata e vissuta, più che come un'imposizione, come una opportunità, rivolta non solo ai MMG ed ai PdLS, ma anche alle altre figure professionali che concorrono all'erogazione dell'assistenza primaria, partendo dal presupposto che il valore della diffusione degli ambulatori MMG e PdLS sul territorio è imprescindibile, e che la possibilità di svolgere alcune attività (*ben definite e condivise*) non deve portare alla sovrapposizione di servizi erogati.

In altre parole, lo svolgimento dell'attività di più operatori sanitari in un'unica sede non è in sé un obiettivo, ma rappresenta un possibile strumento da utilizzare qualora sia funzionale a specifici progetti basati su precisi obiettivi e risultati condivisi.

Nella realtà della nostra Azienda USL le forme associative della Medicina Generale hanno dimostrato di avere la capacità di aggregare un rilevante numero di MMG che si sono assunti la gestione completa e responsabile di progetti di Continuità Assistenziale e di Disease Management integrata con gli altri operatori sanitari (Infermiere, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti ambulatoriali e ospedalieri). Dunque la produzione e gestione dei servizi delle cure primarie si avvale delle seguenti entità strutturali:

A. Sedi della Medicina Generale Convenzionata (decentrate) per bisogni di tipo "pluriproblematico":

1. **Studi dei Medici di Medicina Generale** per l'attività primaria e per progetti che si giovano della stretta contiguità MMG-MCA-Infermiera-Segretaria, e possono essere:

 **Studi singoli associati in rete** che rappresentano una soluzione al momento molto apprezzata, perché senza sconvolgere il tradizionale ambiente di lavoro del MMG consente di sviluppare attività di Nucleo strutturato simili alla Medicina Gruppo avendo l'appoggio dei Centri polifunzionali di Coop-MMG dotati di proprio personale di Segreteria e Infermieristico.

 **Medicine di Gruppo** con personale di Studio e Infermiere propri, che rappresenta di fatto il NCP strutturato più semplice della Medicina Generale e consente il miglior rapporto tra accessibilità - flessibilità nei servizi e soddisfazione degli utenti e degli operatori.

2. **Centri Polifunzionali di Cooperative di Medicina Generale** per attività che si giovano di economie di scala per attrezzature e personale (protocollo Diabetici, Codici Bianchi, Continuità Assistenziale ...); queste società di servizi della Medicina Generale, inoltre, hanno la capacità di fornire strutture, strumenti e personale alla totalità dei MMG/PLS/MCA del territorio di riferimento, ottenendo quel coinvolgimento completo della categoria che è sicurezza di qualità e di equità dei servizi forniti.

B. Sedi di attività dipendenti dal Distretto (accentrate) per bisogni "specifici".

1. **Poliambulatori e Consultori Az. USL** per attività specialistiche e quindi con limitata fascia d'utenza: il decentramento di questi servizi risulta molto oneroso (moltiplicazione delle sedi e del personale specialistico dedicato) per l'Azienda, la quale risponde dunque con un'offerta temporale limitata che esita in una scarsa soddisfazione dell'utenza a fronte degli impegni sostenuti.

Queste varie opzioni associative che consentirebbero di soddisfare il bisogno "strutturale" dei NCP con una buona flessibilità, non coinvolgono affatto la totalità dei MMG dovendo scontare difficoltà sia territoriali sia economiche sia culturali; questo mantiene un gap tra il desiderio di omogeneità del SSR e la libertà di scelta del MMG di aumentare la complessità del proprio lavoro.

Tuttavia l'aumentare del numero di MMG che ha già effettuato con soddisfazione queste scelte associative e societarie insieme ad un appoggio incentivante da parte Aziendale potrebbe portare ad una diffusione molto ampia dell'associazionismo strutturato fino a identificarsi nel concetto di NCP strutturati.

Non va trascurata la possibilità di collaudare, nell'ambito del Programma di Cure Primarie, un progetto pilota (la scelta del Distretto o singolo comune della provincia di Modena dipende dalla valutazione di diversi fattori) dove sperimentare un NCP non più solo funzionale, ma organizzato in una sede dell'Az. USL, con gestione di risorse "pubbliche" (segreteria, infermieri, strumentazioni, specialisti, ...); in una situazione in pratica ribaltata rispetto ad alcune esperienze attuali, dove non è più una struttura della Medicina Generale che ospita specialisti Ausl ma è un Poliambulatorio della Ausl con personale dipendente pubblico che ospita attività dei MMG.

Fermo restando che si tratta sempre di uno strumento da utilizzare solo se funzionale a specifici progetti con precisi obiettivi e risultati condivisi, si dovrà anche tenere presenti le indubbie difficoltà nella gestione degli aspetti contrattuali e di responsabilità dei servizi in una situazione lavorativa dove coabitino liberi professionisti e dipendenti pubblici, oltre alle fondamentali considerazioni da farsi (vedi allegato) sul delicato equilibrio da mantenere fra efficienza del servizio, motivazione degli operatori e soddisfazione degli utenti.

Ruolo del referente/coordinatore del NCP e definizione dei suoi rapporti verso gli altri componenti del Nucleo e verso l'Azienda (Dip. Cure Primarie e Distretto)

Il Referente del NCP (in altre realtà è il "Coordinatore") sta diventando di fatto una interfaccia istituzionale tra la Medicina Generale e l'Azienda. Necessita di una formazione specifica, sui temi della comunicazione, del management organizzativo e gestionale, della pianificazione dei bisogni formativi del Nucleo, etc. ..., che dovrà essere progettata attraverso un'analisi dei bisogni esistenti.

È comunque da prevedere che alla figura di "referente NCP" si affianchino in ogni Nucleo altri professionisti "esperti" in un particolare settore (ricerca, farmaci, formazione, etc.) con un ruolo di "referenti di area o di progetto", come si è già fatto per alcuni argomenti (es.: cure palliative): questa implementazione allargherebbe il coinvolgimento ad un maggior numero di medici.

su delega del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena

Dott. Giuseppe Caroli

IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE AZIENDALE

Dott. Angelo Vezzosi

IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE MEDICA FIMMG

Dott. Ghassan Daya

IL RAPPRESENTANTE DELLA PARTE MEDICA SMI – FEDERAZIONE MEDICI

Dott. Giulio Bertolini

Modena, 16/10/2008