



#### IN QUESTO NUMERO

#### Focus on

### La funzione strategica delle Coop mediche nell'assistenza primaria

pag. 4

#### Prospettive

### Professione medica e rivoluzione digitale tra attese e vertenze

pag. 14

#### Rassegna

### Dalla nefroprotezione alla prevenzione cardiovascolare

pag. 24



#### **ANTONIO DI MALTA**

Presidente Co.S (Consorzio Sanità)

Le patologie croniche, che affliggono un numero crescente di cittadini italiani, possono essere gestite con efficienza e appropriatezza piene solo dai Mmg, purché essi siano in condizioni di affrontare la sfida con una dotazione strumentale e professionale adatta. Ed è proprio per questo motivo che le cooperative mediche, secondo Antonio Di Malta, stanno assumendo una funzione strategica per poter sostenere i compiti complessi che aspettano la medicina di famiglia nei nuovi assetti dell'assistenza di primo livello. Un terreno di verifica potrebbe essere la sperimentazione in Lombardia dei Chronic Related Group (CReG), una sorta di Drg del territorio, che implicano nuovi modelli organizzativi per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri dei pazienti cronici.

# Coop mediche: risorsa per gestire il cambiamento

*Promuovere una rete di cooperative di medici di famiglia per ingegnerizzare il comparto delle cure primarie. Utilizzare la proposta dei CREG nella Regione Lombardia come terreno di sperimentazione. Antonio Di Malta, presidente Co.S, il Consorzio Nazionale di Cooperative di Mmg, intervistato da M.D., ritiene che ormai nel Ssn i tempi siano maturi per questo cambiamento. E rilancia: se il Fondo sanitario nazionale subirà altre riduzioni, questa sarà una scelta obbligata pena l'estromissione della MG da uno dei filoni strategici dell'assistenza del futuro.*

Monica Di Sisto

## Cooperazione e medicina generale: come nasce l'intuizione di coniugarle



Come e perché sono diventato un Mmg è un fatto che risale a tanto tempo fa. Alla fine del liceo classico frequentato al liceo Empedocle di Agrigento desideravo di iscrivermi a Legge, ma arrivato a Pavia, dopo 2 mesi e mezzo, ho cambiato facoltà e mi sono iscritto a Medicina. È cominciata così per me una lunga gavetta come Mmg all'interno delle strutture di riabilitazione, nel 1978-1979 ho fatto pedalare per i test da sforzo atleti come Baresi e Altobelli. Nonostante questa fosse un'esperienza molto interessante, ho capito presto che non ero tagliato per fare il dipendente. Il Mmg era l'unica professione che mi consentiva di fare il medico avendo un unico padrone: l'assistito. E così nel 1981 ho cominciato l'avventura di medico di famiglia in forma individuale, ma ho capito presto che le cose stavano cambiando e c'era bisogno di organizzazione.

## Da qui il suo impegno associativo



Ci sono stati altri passaggi. Nel 1988 mi sono iscritto alla Simg, ho fatto tra i primi il corso di animatore di formazione ad Artimino e ho provato in provincia di Cremona a organizzare alcuni corsi. Dopo essere diventato coordinatore della società scientifica per la provincia di Cremona, ed essermi accorto di non aver cambiato poi molto di come la categoria poteva rivolgersi al resto del Ssn, ho deciso di occuparmi di sindacato, diventando

nel 1989 segretario provinciale della Fimmg a Cremona. Dopo 6 anni, ho avuto l'intuizione del ruolo possibile che si apriva per la cooperazione e nel 94-95 ho costituito la Cmg cooperativa di medicina generale. Era il 9 agosto del 1994 quando ho chiesto un incontro a tutto il collegio Ipasvi della Provincia di Cremona. Gli ho proposto di creare una cooperativa sociale di infermieri per supportare il lavoro dei Mmg che cominciava a complessificarsi, ma hanno rifiutato. Il Consorzio Sanità (CoS) era nato nel marzo del '94 e aveva già iscritto 5 cooperative. La mia si è iscritta nel '96 e ha cominciato un percorso da allora che ha portato il CoS da 5 cooperative alle attuali 40, riunite in consorzi regionali.

## Perché c'è bisogno di cooperazione nel Ssn oggi



Il ragionamento è semplice. L'ultimo Accordo nazionale per la MG vigente dal 29 Luglio 2009 ha di fatto "archiviato" la figura del Mmg singolo e ha prodotto i seguenti nuovi modelli: Aft (Aggregazione Funzionale Territoriale, art. 26 bis) e Uccp (Unità Complessa di Cure Primarie, art. 26 ter). Se voglio fare anche solo una medicina di gruppo o di rete, ho bisogno di personale, di collaboratori, di approvvigionarmi di formazione, ma anche di computer, di strumentazioni le più diverse. Se lo faccio da medico singolo, o da piccolo gruppo, dovrò affrontare una certa difficoltà di selezione dei fornitori e dei collaboratori molto onerosa, come anche una certa dimensione di costi che non si giova di

economie di scala. Se invece mi appoggio a una struttura di tipo cooperativo, avrò una guida e una cornice nell'affrontare queste difficoltà con sicuri vantaggi per me. Se decido di farlo da solo, potrei incappare in una serie di incidenti di percorso, per ignoranza di alcune regole poco evidenti, che potrebbero trasformare questa sperimentazione in un incubo. Pensiamo, per esempio, a un reato come la violazione della legge sulla somministrazione della manodopera: in italiano caporalato. Se faccio parte di una medicina di gruppo, ho bisogno di un'infermiera, la assumo e la faccio lavorare anche per altri medici del mio gruppo: chi immagina che quella sarà l'accusa formale cui potrei andare incontro? L'unico soggetto che permette di evitare tranelli come questo è la cooperativa perché come una vera società di servizi assume il personale, si occupa di tutto ciò che riguarda incombenze come il responsabile sicurezza, il responsabile servizi prevenzione, i servizi generali, tutte cose che il medico o non conosce o non fa perché le considera disgrazie che toccano ad altri. Ma l'evoluzione rapida dei servizi non permette distrazioni: ci sono stati parecchi medici che sono incappati in queste dinamiche e hanno pagato perché a volte inadempienze banali di questo genere comportano addirittura procedimenti penali. C'è chi è convinto che lo studio associato come forma giuridica basti a tutelarli, ma non sanno che si può fare esercizio societario della professione costruendo una scatola che, però, non ha personalità giuridica co-

me ente terzo diverso dai soci costituenti, che ancora non vigono per esso i decreti attuativi e che dunque, se, per esempio, lo studio associato fa investimenti sbagliati, gli associati rispondono con i propri patrimoni e non con quello dello studio, cosa che per le cooperative non avviene.

### Perché uno strumento come questo è a suo avviso consono al cambiamento assistenziale

Il 20% dei cittadini italiani vive almeno con due patologie croniche: parliamo di oltre 20 milioni di cittadini. Molti responsabili sanitari regionali, ma anche diversi esperti, ci dicono che solo il 17% di essi è attualmente preso in carico da Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (Pdta), che dovrebbero dare le indicazioni cliniche e organizzative nella gestione di una particolare patologia, consentendo ai professionisti di impegnare il tempo e le risorse proprie e dell'assistito nella maniera migliore. Va da sé che non è possibile affrontare questi problemi aumentando i posti letto per acuti, oppure nelle Rsa mano a mano che lo scarso controllo delle cronicità e delle complicità fa aumentare il numero dei non autosufficienti. Sono risposte che presentano dei costi non sostenibili per il Ssn che, a livello regionale, assorbono sempre più risorse generali. È chiaro che la risposta sta nella presa in carico della cronicità attraverso la gestione dei Pdta, valorizzando al meglio il loro costo, sviluppando le cure domiciliari e utilizzando le aggregazioni funzionali territoriali alloggiare e gestite dalle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp), attraverso le cooperative.

### Come Associazione proponete la creazione di una rete di presidi territoriali

Abbiamo scelto l'acronimo Ptmg (Presidio Territoriale della Medicina Generale) per inquadrare in modo omnicomprensivo tutti i tipi di "modelli erogativi" (Utap, Casa della Salute, Uccp, ecc) del Servizio sanitario nazionale. Il nostro progetto Ptmg si rivolge a tutte le forme associative funzionali di me-

dici costituite (medicina in associazione, medicina in rete, medicina in gruppo) che evolveranno in Aft, con l'obiettivo di dotarle di una base strutturale, attivando un presidio (Uccp) che risponda alle esigenze specifiche del territorio in cui operano. Ci avvaliamo della nostra rete dei Consorzi Regionali e delle cooperative costituenti, per promuovere l'interesse dei gruppi di medici verso la presente iniziativa e per garantire la diffusione delle esperienze all'interno di una logica complessiva di global service. Inoltre siamo in grado di fornire alcuni servizi specifici che accompagnano i medici in questa direzione: corsi rivolti agli operatori della cooperazione medica (scuola management); servizi di consulenza fruibili anche da remoto (rete dei consulenti); servizi di tutoraggio cooperative (cooperative tutor). A partire da questa competenza proponiamo la creazione di una rete di presidi territoriali della medicina generale (Uccp) in grado di vestire di assetti organizzativi, gestionali e finanziari le forme associative della MG e tutto il personale di ambulatorio, con una presenza di personale socio-assistenziale, diagnostica di primo livello e specialistica ambulatoriale. Il tutto gestito da cooperative di Mmg che forniscono servizi agli altri Mmg. Sarebbero queste cooperative a ricevere, per esempio nel caso del progetto proposto con i CREG dalla Regione Lombardia, l'incarico dalla Asl di supportarli nei compiti di diagnosi, di follow-up, di call center di Adi e così via.

### Perché questa proposta è particolarmente adatta alla sperimentazione lombarda

In questi anni, dopo l'approvazione del nuovo Acn, abbiamo constatato che non c'è stato grande impulso da parte pubblica di ristrutturare il territorio con gli strumenti già a disposizione. Sarebbe stato possibile portare all'approvazione gli Accordi regionali derivati per rendere possibile l'individuazione delle forme societarie migliori per attuare una ristrutturazione complessiva del sistema a rete. La Lombardia sta tentando una sperimentazione in questo senso, mettendo a disposi-

zione del cambiamento un vero e proprio Drg del territorio che per la prima volta offre risorse che potrebbero essere impiegate per attuare la svolta. Pensiamo che sia un'occasione da non perdere per partire da qui e creare una sperimentazione che poi ci porti a constatare come una sola cooperativa possa fornire servizi a una o più Uccp, con grandi risparmi ed economie di scala come ci proponiamo ormai da molti anni. Come consorzio di coop siamo strutturati in modo importante per affrontare questa sfida: se i presidi della MG non devono essere identificati con un edificio unico in cui allocare tutti gli operatori, ma come una unità logistica diffusa e articolata in una serie di sub unità-studio gestite da un'unica cooperativa, è chiaro che bisogna puntare sulla tecnologia per strutturare organicità e scambio. Abbiamo a disposizione fin da subito tre strumenti per realizzarlo: il primo software della medicina in rete omogenea, che permette di interfacciare il gestionale del medico con la rete dei Pdta. Poi un software di *assessment*, che il consorzio ha chiamato *Mysearch*, che permette di monitorare gli *outcome* dell'attività del Mmg sia come audit singolo, sia come audit aggregato, che calcola in tempo reale come il singolo medico e la forma organizzativa nel suo complesso seguono il paziente rispetto, per esempio, alla misurazione del diabete, ai farmaci ecc. Infine possiamo offrire una cartella multidisciplinare di Pdta, che integra su web il contributo informatico del Mmg, assemblandolo con quello dello specialista e dell'infermiera. L'innovazione, insomma, è già a portata di mano, basta raccoglierla.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale [www.mdwebtv.it](http://www.mdwebtv.it), visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

