

COOP COME MOTORE DELLE CASE DI COMUNITA', UNA CHANCE DECISIVA PER I MEDICI DI FAMIGLIA. IL WORKSHOP CO.S SPIEGA COME SFRUTTARLA

La Cooperativa di servizio per i medici di famiglia può avere un posto chiave nella gestione dei gruppi, nel mettere a disposizione sedi di medicina di gruppo, nell'informatizzazione, nella gestione delle relazioni tra i medici convenzionati e tra questi e il personale di studio. Ma quando si passa alle Case di Comunità e la regione ha pronti infermieri di distretto, dipendenti dell'Asl, e locali degli ex ambulatori c'è ancora spazio per l'iniziativa dei professionisti? La risposta che offre il workshop del Consorzio Sanità Co.S a Milano da oggi fino a sabato 16 marzo è "sì". La medicina generale attraverso le sue cooperative può costruire le "testate" per far muovere case ed ospedali di comunità. Al consorzio delle coop dei mmg, saranno presenti partecipanti giunti da tutte le parti d'Italia. Saranno coinvolti in cinque tavoli dove si riassumono compiti e potenzialità del medico del territorio: la realizzazione di case di comunità spoke (corrispondenti in media all'ambito territoriale); la raccolta di dati sanitari e la realizzazione di ricerche real world; la comunicazione tra mondo cooperativo e sindacati di categoria per favorire la transizione assistenziale; l'approccio "one health" alle patologie legate all'ambiente; l'uso dell'informatica, dal digitale in telemedicina all'intelligenza artificiale. I cinque gruppi apriranno una fase elaborativa e nei prossimi mesi i loro documenti, caricati su un cruscotto potrebbero fare da "base" agli accordi sindacali futuri. Saranno presentate le esperienze di tutta la Penisola e realizzazioni informatiche delle coop.

Antonio Di Malta, medico di estrazione Fimmg e fondatore del Co.S ed organizzatore dei lavori, parte da un assunto: con un servizio sanitario sottofinanziato, che pesa quanto gli interessi annuali pagati dal paese per il debito pubblico, le esposizioni dello stato per singola convenzione saranno inferiori ai bisogni del medico, che dovrà costruirsi il futuro da solo. «I modelli calati dall'alto passano. Dal 1978, quando ho preso la convenzione, ho visto passare di moda medicine di rete e gruppo, Aft monoprofessionali e Uccp multiprofessionali. Case della Salute, Presst e Pot sono rimasti in linea di massima parole al vento o iniziative a macchia di leopardo. Poco tempo fa censendo le case della Salute in Toscana ed Emilia Romagna, venni a sapere che erano 75 nella prima regione e 84 nella seconda, per una media di 8 medici a "Casa", cioè rispettivamente 600 colleghi in Toscana e 670 dell'Emilia Romagna sui 3500 di ciascuna regione. In pratica, in ognuna delle due regioni "avanzate" il servizio sanitario "nuovo" copre il 30-40% dei cittadini e il "vecchio" opera per il 60-70%. Nelle altre regioni la percentuale di medici e pazienti coinvolti è inferiore. Popolare le Case di Comunità significa cercare medici ed infermieri che non ci sono. L'unica soluzione è costruire CdC Spoke a partire dai presidi già esistenti delle Medicine di Rete e di Gruppo gestiti dalle cooperative di medici convenzionati. Perché queste ultime evitano al medico di conferire per intero gli incentivi degli accordi regionali per coprire magari una parte del costo del dipendente, e lo mettono invece in condizione di pagare il contratto prestazione con la Coop, ottenendo tutto il ventaglio delle opportunità che gli servono attraverso quegli stessi incentivi».

Come si costruisce un'articolazione ambulatoriale del distretto quale è la CdC partendo da reti-gruppi? «Le Case di Comunità-Spoke- sono assimilabili a Unità complesse di cure primarie multiprofessionali; le Aft, poi, aggregazioni monoprofessionali, non sono altro che medicine di rete

espanse da 10 a 20 medici. Il tavolo 1 svilupperà e monitorerà un format medio e flessibile di CdC Spoke associato ad una Aft utilizzabile in ogni parte d'Italia. Tale format verrà analizzato nei prossimi mesi in tutti i suoi asset: logistico, gestionale, finanziario, e tecnologico remotizzato; per realizzare una o più CdC spoke sarà necessario costituire una Coop di servizio di mmg ed eventualmente una fondazione immobiliare la cui costituzione verrà proposta in questo work shop del 14-16 marzo. Le modalità con cui il medico si dota di soluzioni immobiliari (affitto o acquisto di locali) verranno dettagliate nel Workshop giovedì, in particolare a fine mattinata nella relazione di Leonardo Vegetti (mmg di Legnano)».

Anche negli ospedali di comunità il medico di famiglia ha un ruolo. Un recente documento a nome dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia, Angelo Barbato dell'Istituto Mario Negri e Fulvio Lonati dell'Associazione APRIRE -Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0, osservano come in Lombardia li si prefiguri staccati dall'offerta dell'assistenza territoriale e "ancillari" agli ospedali per acuti, ma nascono come appoggi domiciliari transitori per i pazienti, dove si organizza la domiciliarità successiva. In più tra i gestori la delibera 1435 evoca l'ospedalità privata accreditata. **È d'accordo con le critiche?** «Sì, il primo ospedale di comunità è nato a Modigliana 24 anni fa ad opera del medico di famiglia Giancarlo Aulizio quale struttura territoriale intermedia finalizzata ad ospitare per 15 giorni degenze a bassa intensità: cioè soggetti dimessi dall'ospedale privi di chance di assistenza a casa. Detti ospedali dovevano essere gestiti da infermiere; i 20 medici curanti dell'ambito di riferimento, coinvolti per un turno settimanale ogni tre settimane, vi visitano secondo necessità decisa dagli infermieri. Erano pensati come alternativa "smart" ai piccoli ospedali che venivano chiusi. Ora che si torna a pensare di usare le strutture private o le RSA, torneremo ad una gestione a matrice ospedaliera e il costo decollerà. La soluzione territoriale sarebbe proporre alle aggregazioni funzionali di costruire ogni 2-3 CdC Spoke un OsCo di circa 15 letti per 30 mila assistibili con turnazioni dei medici nel solco dell'esperienza di Modigliana»

L'accordo di medicina generale 2019-21 quale impulso può dare alla Coop di servizio? «Offre incentivi da spendere nel modo più efficace per la professione. Diventare soci di una Coop con almeno 80 soci in quattro Aft (massa critica d'investimento) significa solo pagare una tantum euro 500 di capitale sociale per ogni mmg e circa euro 150 l'anno di quota associativa. Dopo aver fatto ciò la Coop può: prendere in affitto immobili, assumere Infermieri e impiegati secondo standard predefiniti, fare un businnes plan con il quale ripartire i costi presi in carico fra i 20 medici dell'Aft attraverso un contratto prestazione servizi. Diciamo da anni che gli incentivi (e non l'onorario) percepiti dai medici, circa 20 mila euro l'anno per 1500 pazienti, andrebbero direttamente erogati dalle Asl alle coop di mmg a seguito di delega di ogni singolo medico».

Nel workshop è forte la scommessa sull'informatizzazione. «La telemedicina, altro tema dei tavoli, è lo strumento più idoneo per remotizzare molte prestazioni e ridurre il fabbisogno di medici e personale; l'uso dei dati e la ricerca real life saranno utili per monitorare efficacia ed efficienza dei modelli logistici e gestionali dei percorsi diagnostico terapeutici delle patologie croniche. I software di gestione hanno un ruolo nello sviluppo della medicina generale futura e grandi potenzialità per il Servizio sanitario. Stiamo lavorando ad alcune soluzioni. Abbiamo deciso come Co.S di distribuire la nostra cartella clinica in cloud Poseidon CCE perché nel funzionamento di una Casa di Comunità è lo strumento più idoneo (molto più delle cartelle stand alone) per produrre i dati delle prescrizioni di farmaci e di diagnostica di laboratorio e per immagini. Altro progetto, Visionet, è una rete di monitor che piazzati nei numerosi centri sanitari polifunzionali d'Italia gestiti oggi dalle Coop, divulgheranno temi di educazione sanitaria ed alimentare allo scopo di fare la loro parte nel ridurre le patologie croniche, le loro complicanze e i costi della cronicità».