

**RESIDENZIALE e
VIDEOCONFERENZA**

2 Ottobre 2023

7 Ottobre 2023

VOITanka Village
Villasimius, Cagliari

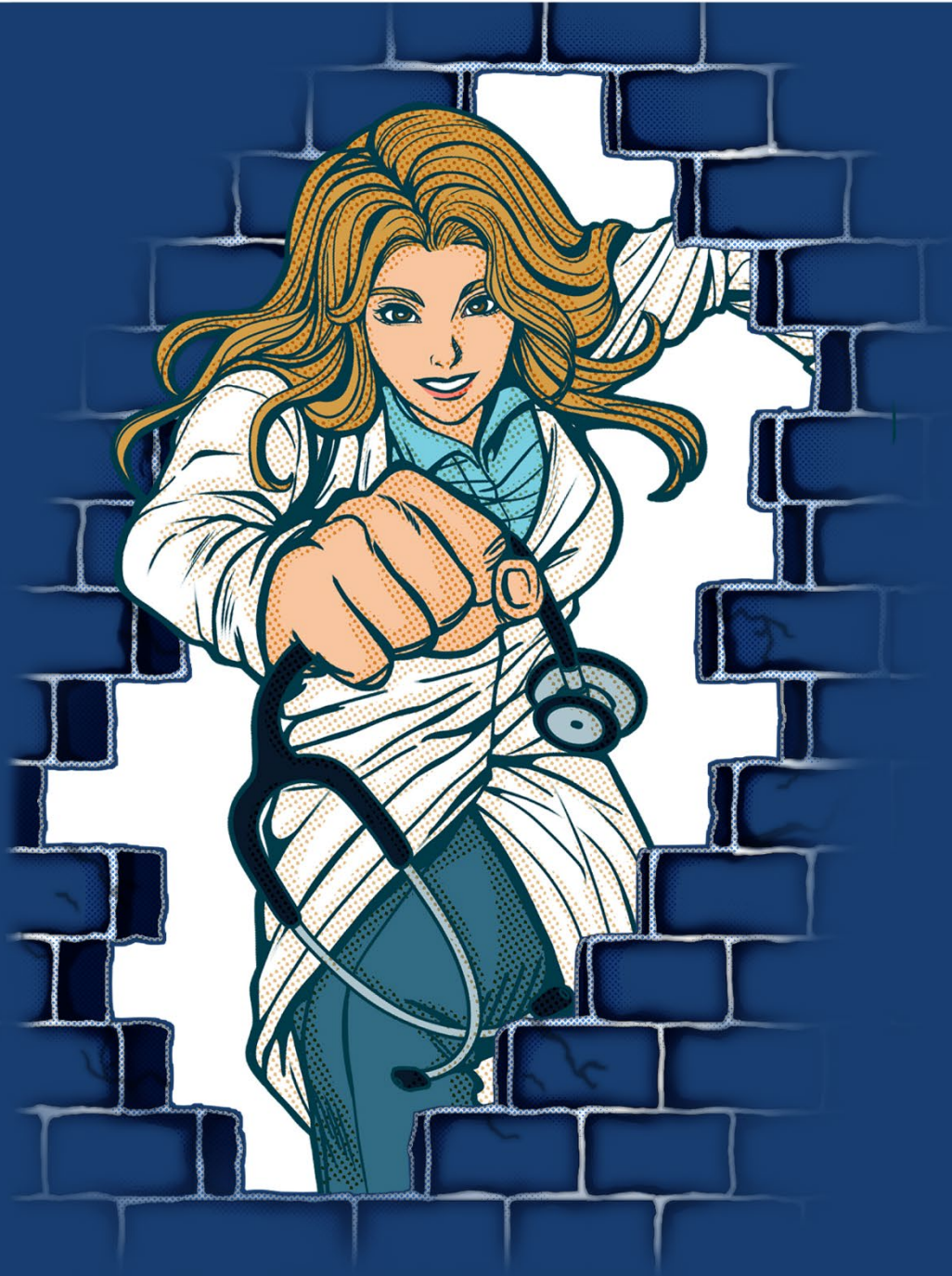
FAD ASINCRONE

12 Ottobre 2023

15 Novembre 2023



La Medicina Generale al bivio tra mura e cura
Investimenti e digitalizzazione nel rispetto
dei valori umanistici



RAZIONALE

RAZIONALE

La Medicina Generale rappresenta il sistema di “sanità diffusa” più vicino alle persone sia in termini fisici sia di adeguatezza alle richieste. Basti pensare che oggi, la Medicina Generale offre 60.000 studi medici distribuiti in tutto il Paese e risponde alla quasi totalità (97,6%) di richieste di consultazione di un medico fatte dagli italiani (oltre 600 milioni/anno) a fronte degli accessi ai PS in Italia che sono circa 14,5 milioni (2,4%). Tale quadro è comparabile a quanto avvenuto durante l'emergenza pandemica nella quale ben il 97% dei 26 milioni di soggetti positivi è stato trattato sul territorio.

La Medicina Generale, inoltre, partecipa sostanzialmente a tutte le attività distrettuali extra-ospedaliere considerate di integrazione ospedale-territorio e realizza le campagne di vaccinazione degli adolescenti, adulti, anziani nei luoghi di vita dei cittadini arrivando da sola durante la campagna vaccinale 2020-2021, quando i Dipartimenti di Prevenzione erano totalmente orientati alle attività di tracciamento Covid, a somministrare oltre 13.000.000 dosi di solo vaccino antinfluenzale.

In questo drammatico evento, i MMG hanno dovuto far fronte ad un profondo e celere riassetto delle proprie modalità operative per continuare a garantire in sicurezza l'assistenza ai propri pazienti. La capacità di autonoma organizzazione dei MMG ed il professionalismo che pervade la Medicina Generale hanno permesso non solo il mantenimento delle attività di assistenza primaria ma anche una spinta evolutiva nelle modalità di presa in carico dei pazienti, soprattutto di quelli più fragili e con patologie croniche, grazie all'introduzione di diagnostica di primo livello, ove è stato consentito dalle politiche regionali, di metodologie di approccio e contatto in remoto con l'utilizzo di strumenti dedicati di tipo informatico, della ricetta dematerializzata avviata in tutta Italia in poche settimane grazie alla preesistente totale informatizzazione delle attività dei MMG.

Questa adattiva capacità di risposta ai bisogni assistenziali rappresenta un valore insostituibile per la sanità italiana chiamata ad assistere una popolazione che, grazie allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, ha una maggiore aspettativa di vita, in cui ¼ dei cittadini è ultra65enne, con un indice di vecchiaia del 188%, è caratterizzata da un'alta prevalenza di patologie cronicamente degenerative,

RAZIONALE

rimane nel mondo del lavoro fino in età senile, risiede per il 17% in comuni con meno di 5000 abitanti, è gravata dalla destrutturazione del tessuto sociale essendo oggi composta per 1/3 del totale (ben il 33,2%) da famiglie unipersonali che quindi presentano maggiori bisogni socioassistenziali.

Avere una popolazione anziana, che vive i suoi ultimi anni in condizione di grave fragilità, determina un ingente impegno di risorse umane ed economiche e richiede una attenta programmazione.

Il nostro Servizio Sanitario fu invece concepito, cinquanta anni fa, per dare risposta ai bisogni di salute e assistenza di una popolazione sostanzialmente giovane con ancora una struttura familiare che garantiva, vista la numerosità dei componenti, una mutua assistenza e la cui distribuzione sul territorio nazionale non privilegiava le città rispetto alle aree rurali e montane.

Anche l'aspirazione alla qualità della vita era assolutamente diversa: la terza età, se non la quarta, non avevano aspirazioni particolari sulla possibilità di vivere una vita attiva socialmente e fisicamente come invece avviene oggi.

L'indiscusso successo del nostro sistema di assistenza pubblico, che è evidente per i miglioramenti di aspettativa e qualità di vita, il risparmio forzoso per bilanci pubblici vincolati a tetti di spesa per crisi della finanza pubblica pongono in maniera drammatica il tema della sua sostenibilità.

Per questo è necessario ripensare il sistema evolvendo da una organizzazione di attesa ad una organizzazione strutturata soprattutto nella iniziativa, nella prevenzione e nella presa in carico precoce del paziente che può sviluppare cronicità e comorbidità.

Uno studio di *The Economist*, sul trend di evoluzione dei Sistemi Sanitari Europei nei successivi 20 anni, preconizzò nel 2011 che questa azione sarebbe stata possibile solo attraverso la Medicina Generale, in grado di offrire cure ad un minor costo e di gestire le comorbidità. La effettiva valorizzazione del medico di Medicina Generale sarà determinata da una struttura contrattuale convenzionata, non tendente alla subordinazione della risorsa umana ma alla valorizzazione della sua capacità professionale, subordinando la retribuzione agli obiettivi e lasciando alla

RAZIONALE

capacità adattiva e alla elasticità di tale figura contrattuale la ricerca di soluzioni coerenti con le autonomie regionali, per erogare non prestazioni bensì volume di presa in carico, peraltro in economia di scala.

Per fare questo non è più pensabile un Medico di Famiglia operatore singolo destinato all'assistenza di un numero di cittadini. Bisogna, invece, immaginarlo come componente centrale di una equipe operante su un territorio specifico.

La differente concentrazione di popolazione, rispetto alle aree geografiche e all'urbanizzazione delle stesse, necessita di pensare al medico di medicina generale e alla equipe che lavora con lui non più nei termini di popolazione globale ma di popolazione afferente per chilometro quadrato per mantenere le condizioni di prossimità e fiduciarità, sviluppando efficacemente la domiciliarietà, a partire dalle popolazioni più disperse.

È noto che aree rurali e soprattutto montane e pedemontane sono abitate da anziani con mobilità autonoma problematica e da pluripatologici. Spesso i modelli organizzativi proposti per le cure primarie sembrano dimenticare che 10 milioni di italiani, il 17% della popolazione, vive in paesi (il 70,04% dei comuni italiani) con meno di 5000 abitanti, che occupano più del 50% di tutta la superficie del territorio italiano: è su questi che va organizzato il modello che deve diventare il minimo comun denominatore e non partendo, invece, dai grandi centri urbani o metropolitani che possono organizzativamente essere solo la risposta moltiplicativa del modello elementare, poiché il processo inverso non è possibile.

Non è pensabile che la gestione delle cure primarie possa essere risolta centralizzando l'offerta; basterebbe considerare che le sole 14 città metropolitane italiane accolgono quasi 22.000.000 di cittadini in poco più del 10% della superficie del territorio italiano per comprendere che nel rimanente 90% (270.000 Km²) la restante parte dei cittadini italiani non avrà riferimenti sanitari territoriali, avendo già oggi un'offerta assistenziale con strutture lontane e non facilmente raggiungibili.

Nella strutturazione dei team di assistenza primaria è da tenere in considerazione, dunque, non il rapporto capitaro (1 medico ogni x n° abitanti) ma il rapporto per Km quadrato.

RAZIONALE

Il Medico di Famiglia è presidio sanitario indispensabile: un Medico di Famiglia ogni 90 Km² non sarebbe più un'offerta di cure primarie.

La Medicina Generale è e resta la risposta a questo fondamentale problema, rappresentando, infatti, quel sistema di "sanità diffusa" vicina alle persone.

Per quanto detto sopra, saranno necessarie modalità organizzative differenti per territorio, caratteristiche oro geografiche e di collegamenti stradali e di trasporto pubblico, che poco si addicono a modelli della dipendenza, mentre si inseriscono perfettamente in modelli di autoorganizzazione. Tali modelli dovranno essere connessi a obiettivi di motivazione contrattuale non solo economici ma anche di riconoscimento del ruolo sociale che, in un soggetto a quota capitaria reso attrattivo dall'investimento su se stesso, possono diventare anche valore reddituale se la quota capitaria fosse evoluta con un sistema di coefficienti rispetto a standard organizzativi o di erogazione di prestazioni o di livelli e capacità di presa in carico o rispetto alla capacità di integrazione multiprofessionale.

Qualunque sia l'organizzazione scelta è irrinunciabile che la dotazione tecnologica degli studi dei medici di Medicina Generale si arricchisca di nuovi servizi e strumentazioni.

La tecnologia oggi consente di sviluppare e rendere facilmente utilizzabili dispositivi di primo livello utilizzabili in maniera appropriata e funzionale, declinando in maniera innovativa il concetto di prossimità. Sia nello studio che al domicilio oggi è possibile fornire risposte rapide ed attendibili nelle principali patologie a più elevato impatto sociale (ipertensione, BPCO/Asma, Cardiopatia Ischemica, ecc.) che si presentano al medico di Medicina Generale e che sono la causa delle principali cronicità. La strumentazione di primo livello oltre ad aumentare la risposta di intensità diagnostica e assistenziale dello studio di Medicina Generale in tema di prevenzione e presa in carico della cronicità, potrà accogliere/intercettare e gestire i pazienti che presentano una sintomatologia acuta, prevenendo nella maggior parte dei casi gli accessi ai servizi distrettuali e ospedalieri di primo e secondo livello, nonché ai pronto soccorso, che potranno pertanto ridurre i rispettivi costi e tempi di attesa. I centri di secondo livello dovranno essere coerentemente collegati con le cure primarie, anche per il necessario supporto, in una rete sia digitale che

RAZIONALE

di risorse umane, che possa in qualunque momento potenziare il primo livello di cura grazie ad una relazione tra i professionisti, potendo, nel caso della sanità digitale, offrire al sistema la garanzia del trasferimento fiduciario tra il Medico di Famiglia e lo Specialista.

Nel definire la riorganizzazione delle strutture territoriali, legata all'applicazione del PNRR, si dovrebbe avviare nel nostro Paese la discussione sull'evoluzione dell'intero sistema di cura territoriale che deve avere per la Medicina Generale come punto di riferimento i concetti imprescindibili di fiduciarità, prossimità, capillarità, innovazione.

Le Case di Comunità proposte possono rappresentare un'ulteriore opportunità solo se realizzeranno un'offerta assistenziale integrativa e non sostitutiva nel sistema attuale delle cure territoriali. Opportunità che solo in questo modo sarà di potenziamento, attraverso la creazione di reti di prossimità, strutture e attività di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale in modo da coordinare i servizi offerti sul territorio, favorire la multidisciplinarietà dei professionisti della salute nella integrazione sociosanitaria, nonché la domiciliarità delle cure che diventa il luogo elettivo della assistenza e dell'accompagnamento lungo i percorsi di salute.

In questa prospettiva l'organizzazione della Medicina Generale si trova in una posizione favorevole e appropriata per conferire al nuovo modello delle Case di Comunità quella necessaria flessibilità, integrazione, sinergia e progressività necessarie alla loro piena realizzazione anche in relazione ai fattori contestuali su citati, quali le condizioni oro-geografiche, densità e dispersione di popolazione, diffusione degli studi medici, domiciliarità, ecc., e assistenziali come fiduciarità del rapporto, conoscenza approfondita e di lunga durata, prossimità, approccio proattivo, presa in carico complessiva, estensività, ecc., favorendo la costruzione di un modello HUB-SPOKE in grado di costruire e rafforzare una rete di prossimità e proattività territoriale.

La Medicina Generale è in grado di coniugare le istanze fondamentali per garantire l'equità dell'accesso alle prestazioni, la fruibilità, l'omogeneità delle prestazioni erogate e l'efficacia dell'assistenza:

RAZIONALE

- prossimità (“minima distanza”) come presenza del medico vicino al paziente, vicino al suo luogo di vita, nella sua casa (domiciliarità) o nella residenza per anziani (residenzialità) quando necessario.

- capillarità come la capacità della Medicina Generale di essere prossimo a prescindere dal contesto demografico e geografico in cui si trova la comunità che assiste, dal quartiere ad alta densità abitativa alla cittadina rurale, dal contesto collinare a quello delle valli montane fino alle piccole isole o altre realtà eccezionalmente isolate.

La Medicina Generale si trova ad un bivio anche rispetto al percorso di innovazione da intraprendere. Proprio la pandemia ha dimostrato l'evidenza che l'ICT rappresenta un potente strumento di gestione dell'assistenza e del rapporto con i pazienti in grado di migliorare la qualità dell'assistenza erogata se correttamente utilizzata. Dalla ricetta dematerializzata, al video-consulto all'invio dei dati dei dispositivi multiparametrici, alle applicazioni per la organizzazione delle attività di studio, il tradizionale rapporto medico-paziente con questi strumenti si è rafforzato, confermando nella sua fondamentale importanza il concetto di fiduciarità, fornendo una possibilità di rinnovamento e rafforzamento, fidelizzando i cittadini alle competenze professionali del Medico che si aggiornano e sviluppano costantemente con il modificarsi del contesto e dei bisogni, incrementando disponibilità e prossimità.

Sin dalla loro istituzione FIMMG e Metis (sua società scientifica) hanno promosso l'approfondimento delle conoscenze e l'aggiornamento del Medici di Medicina Generale, per sviluppare sia le capacità cliniche che manageriali per una gestione più appropriata e complessiva dell'attività assistenziale, compresa la diagnostica strumentale. Questa prospettiva è volta a favorire, soprattutto nelle nuove generazioni di Medici di Famiglia, un più deciso orientamento proattivo in grado di cogliere positivamente ogni opportunità di innovazione per il miglioramento clinico, organizzativo, di diagnostica strumentale, realizzando un costante percorso di accompagnamento e di mantenimento della salute dei cittadini che si affidano alle cure del proprio Medico di Famiglia.

RAZIONALE

A fronte delle osservazioni su esposte il Congresso FIMMG – Metis del 2023 tratterà delle malattie croniche non solo in una ottica di presa in carico complessiva e continuativa, ma anche di prevenzione attraverso la promozione di corretti stili di vita, la pratica vaccinale, l'individuazione e la sorveglianza delle persone a rischio, la diagnosi precoce, il sostegno alla compliance della terapia e della aderenza, la gestione longitudinale delle malattie croniche nell'arco della vita del paziente anche in una ottica educativa e di empowerment.

Su questi contenuti si gioca la qualità dei percorsi di cura e della prossimità della relazione con il paziente, che nel setting della Medicina Generale non è solo accessibilità ma anche capacità di dare risposte utili e appropriate a fronte di un aumento dei bisogni assistenziali dei cittadini non solo per la gestione della cronicità ma anche per la promozione e il mantenimento del più alti livelli di salute possibile.

Una sfida che coinvolgerà sempre di più la Medicina Generale del presente e del futuro.

I temi saranno trattati in una modalità interattiva, con un taglio eminentemente pratico.

Le sessioni si articoleranno in Tavole Rotonde, Simposi, Webinar, Fad asincrone.