

Documento CARD “Libro Verde” del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Domande

Risposte con spiegazioni

Note

17

Com'è possibile ridefinire il ruolo del MMG in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto integrazione con gli altri segmenti del SSN? Come coniugare il MMG con le strutture del SSN in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di benessere?

18

Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la MG, anche nella fase di formazione dei medici e sviluppare la relazione medico-paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e comunicazione?

Risposta sintetica:

E' necessario premettere che le Cure primarie non s'identificano con la Medicina generale convenzionata, se non altro perché i MMG sono meno del 50% di tutte le figure professionali impegnate in quest'area di assistenza distrettuale. Cure Primarie è il termine utilizzato nel nostro Paese per indicare la Primary Health Care ampiamente descritta dall'OMS e ritenuta il fulcro del servizio sanitario. In Italia le Cure Primarie comprendono l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dai medici della specialistica ambulatoriale territoriale e dagli operatori dei distretti nonché

Criticità attuali nella Medicina Generale

1. Criticità di formazione

- Per livello: manca una formazione pre-laurea, specialistica, ECM multiprofessionale
- Per contenuti: manca una formazione alla promozione della salute, all'empowerment, alla organizzazione e coordinamento di percorsi di cura, alla presa in carico di assistiti cronici
- Per metodi: manca la formazione all'approccio bio-psico-sociale secondo metodologia scientifica

2. Criticità di lavoro professionale

- manca il lavoro del Medico di famiglia in equipe multiprofessionali
- mancano al Medico di famiglia attività di coordinamento di percorsi di cura per i propri pazienti cronici

3. Criticità di rapporti con le strutture del SSN

- manca la integrazione con l'Ospedale
- manca la integrazione con i Servizi sociali e della educazione

Possibili strategie per superare le criticità e relative Responsabilità di attuazione

1. Formazione

1. Pre-laurea: attivazione di Corsi Integrati di Cure Primarie nei CdL in Medicina e Chirurgia (**nota 1**). Responsabilità: Ministero Università
- Specialistica: riconoscimento di una “Specializzazione in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità” attraverso la sinergia (da studiare nei tempi e nei modi) fra gli attuali Corsi di Formazione Specifica in MG gestiti dalle Regioni e Scuole di Specializzazione universitarie in Medicina di Comunità (**nota 2**). Tale specializzazione potrebbe conferire competenze cliniche unitamente a competenze organizzativo-gestionali, spendibili sia per curare che per organizzare e coordinare percorsi di cura per i propri pazienti cronici assistiti a domicilio o in ambulatorio, sia per accedere, con contratto a rapporto esclusivo, alla dirigenza delle UOC di Cure Primarie. Responsabilità: Ministero Università + Ministero LSPS + Conferenza Regioni
- ECM: sensibilizzazione delle Società Scientifiche e Professionali della MG, dei Distretti.... alla attuazione di Corsi ECM multiprofessionali su tematiche utili ad attuare in tempi brevi interventi assistenziali innovativi (es. dimissioni ospedaliere protette, percorsi di cura per diverse tipologie di malattie croniche: stabilizzate, con frequenti riacutizzazioni, con esiti invalidanti....)

Nota 1.

Nel CdL in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia è in atto un Corso sperimentale denominato “**Medicina generale e Cure Primarie**” per tutti gli studenti dal 3° al 6° anno, che si avvale della collaborazione fra docenti universitari di discipline affini alle Cure Primarie, mmg e professionisti aziendali di cure primarie. Il corso intende fornire competenze di base di tipo organizzativo, clinico e relazionale nell'area della assistenza primaria

Nota 2

La **Specializzazione in Medicina di Comunità** (DM 1.8.2005) è una specializzazione di area medica, ed è organizzata in un triennio di attività cliniche e in un biennio di attività gestionali. Fornisce competenze cliniche di promozione della salute, diagnosi, cura unitamente a competenze organizzative per la gestione dei servizi di assistenza primaria e per il coordinamento della rete delle cure primarie.

l'assistenza sanitaria e socio sanitaria domiciliare, ambulatoriale e residenziale per specifiche categorie di persone (aree materno infantile e salute mentale, anziani, disabili, malati cronici, tossicodipendenti) nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici (pediatri, ginecologi, geriatri, fisiatri...) e di altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti tutelari...) e della educazione (educatori negli inserimenti scolastici, lavorativi...). Le Cure Primarie sono, quindi, tutte le attività orientate a promuovere la salute, a prevenire le malattie e ad attivare i percorsi diagnostico-terapeutici che sono erogati nei luoghi più vicini a quelli in cui i Cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori e presidi territoriali, strutture residenziali), in una vision d'integrazione delle risorse e coordinamento dei processi. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente, famiglia e comunità alla tutela della salute sono i principi su cui si fondano le Cure Primarie.

Per valorizzare il ruolo del MMG e integrarlo con le strutture del SSN è necessario migliorare la sua formazione attraverso un percorso accademico pre-laurea e post-laurea che preveda anche l'acquisizione di capacità relazionali e di comunicazione. Nel post-laurea è opportuno il riconoscimento di una **Specializzazione** (es in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità) attraverso la sinergia (da studiare nei tempi e nei modi) fra gli attuali Corsi di Formazione Specifica in MG gestiti dalle Regioni e Scuole di Specializzazione universitarie in Medicina di Comunità, per conferire al futuro MMG competenze cliniche e gestionali nell'area delle cure primarie

Responsabilità: ASSIMEFAC, CARD, FIMMG, SIMG....

2. Lavoro professionale

- Attività in equipe multiprofessionali: creazione di equipe multiprofessionali (UTAP, NCP, UO 24/24...) in cui è presente il MMG, con finalità di continuità assistenziale (percorsi di cura per cronici, risposta a urgenze sul territorio...), di attivazione di partecipazione ed empowerment di pazienti e famiglie ai percorsi di cura e assistenza. Responsabilità: Aziende USL, Distretti, Comuni
- Attività di coordinamento: attribuzione ai MMG di compiti di coordinamento dei percorsi di cura di propri pazienti cronici a domicilio (es ADI) o in ambulatorio (es. percorsi del diabete, della ipertensione, della insufficienza cardiaca cronica...). L'attribuzione richiede una specifica formazione (Master per gli attuali medici, Specializzazione per i futuri). Responsabilità: Aziende USL, Distretti, Università

3. Rapporti con strutture del SSN

- Integrazione MMG-MS ospedalieri: attuazione di procedure per accessi ospedalieri programmati o dimissioni protette che coinvolgano direttamente i MMG. Responsabilità: Aziende USL, Distretti
- Integrazione MMG- operatori sociali: attuazione di procedure per la integrazione socio-sanitaria a favore di pazienti complessi assistiti a domicilio o strutture e che coinvolgano direttamente i MMG. Responsabilità: Aziende USL, Distretti, Comuni

Domande

Risposte con spiegazioni

Note

19

Qual è la dimensione territoriale che più efficacemente può trattare le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?

20

Quali sono le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo con processi attivi nei complessi percorsi della rete dei servizi ?

21

Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un contributo virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?

Risposta sintetica:

E' indispensabile il cambio di paradigma della sanità territoriale (dall'attesa all'iniziativa). Questa operazione ha necessità di mettere al centro del sistema i bisogni dei cittadini; un'operazione che può essere vincente solo con l'adesione convinta di tutti gli attori, dai professionisti ai decisori politici e alle comunità locali, dalle istituzioni accademiche agli amministratori. Un cambio di paradigma peraltro culturalmente maturo, già

Criticità attuali nei servizi territoriali coinvolti nei percorsi di cura e assistenza ai pazienti con patologie/disabilità croniche

1. Criticità organizzative:

- coordinamento: frammentazione dei percorsi, servizio gestito molto spesso dalla famiglia, mancanza di presa in carico globale del paziente
- comunicazione: mancanza di comunicazione sulle condizioni del paziente nel passaggio da un servizio all'altro
- accessibilità: prestazioni monoprofessionali erogate su domanda espressa che creano liste di attesa, burocratizzazione dei processi che comportano rischio d'interruzione dei percorsi da parte del paziente, e ricorso a medicina alternativa....

2. Criticità clinico-assistenziali:

- Accettabilità: attività di diagnosi e cura rispondenti a evidenze (EBM), ma non sempre accettate e tollerate dal paziente
- Adeguatezza: attività di diagnosi e cura che spesso non tengono conto del contesto ambientale e familiare del paziente (es. politerapia in paziente anziano che vive solo o con coniuge anziano)
- Adesione: attività di diagnosi e cura proposte senza tenere conto della compliance del paziente, senza attivare la partecipazione e l'empowerment
- Continuità: frequenti lacune nel monitoraggio della assistenza, possibili scompensi e ricoveri ripetuti
- Efficacia: non verifica dei risultati di cura e assistenza

Possibili strategie per superare le criticità e relative Responsabilità di attuazione

1. **Organizzazione**: la dimensione territoriale che più efficacemente può rispondere ai nuovi bisogni di salute è il **Distretto** con territorio possibilmente coincidente con quello previsto dalla L. 328/2000 per i servizi sociali

- **Servizi in rete**: è il collegamento funzionale (attraverso procedure organizzative gestite dal Distretto) dei servizi sanitari e sociali territoriali (Piani di Zona e Programmi per le Attività Territoriali), al bisogno collegati con i servizi ospedalieri.
- **Unità Operative Complesse di Cure Primarie**: sono collocate all'interno dei Distretti e raggruppano i servizi sanitari e sociali territoriali che garantiscono i LEA 2. I servizi sono fra loro integrati (integrazione orizzontale) e sono supportati al bisogno dai servizi ospedalieri di 2° e 3° livello (integrazione verticale). La direzione è assegnata a medici con competenze cliniche, gestionali e di sanità pubblica (Specializzazione in Medicina di Comunità o Specializzazione in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità e in Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica).

collaudato in varie realtà internazionali e adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che in un recente documento ha indicato nella "Community Oriented Primary Care" ("Cure primarie orientate verso la comunità") la forma più evoluta di organizzazione dell'assistenza sanitaria di base. Una nuova organizzazione dove le cure primarie sono integrate da un approccio di sanità pubblica gestito dal Distretto, che consiste nella valutazione sistematica dei bisogni della comunità, nell'identificazione dei principali problemi, nell'implementazione d'interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione, nel monitoraggio dell'impatto di tali interventi per essere certi che i servizi sono stati utili e congruenti con i bisogni della popolazione.

Con l'obiettivo di garantire continuità delle cure e presa in carico globale e unitaria dei pazienti cronici, è necessario realizzare il Modello della **Assistenza Sanitaria Primaria** del WHO, i relativi metodi (approccio bio-psico-sociale al paziente e alla famiglia) e strumenti (organizzativi, clinico-assistenziali e relazionali)

- **Percorsi di cura e assistenza a diversa intensità:** sono processi individualizzati che si sviluppano nei servizi in rete tenendo conto delle diverse tipologie di patologia cronica (croniche stabilizzate, croniche con frequenti riacutizzazioni, croniche ad esiti invalidanti...). Sono realizzate da Equipe Multiprofessionali (vedi di seguito) coordinate da un Case Manager (vedi di seguito) e si sviluppano secondo il modello del Chronic Care Model (**nota 3**)
- **Equipe multiprofessionali e interdisciplinari:** sono composte sempre dal Medico di famiglia del paziente e dagli altri professionisti sanitari e sociali di volta in volta scelti in base ai bisogni dei pazienti. Sono coordinate da un Case Manager (vedi di seguito)
- **Case Manager (CM):** professionista con la responsabilità di presa in carico globale del paziente. Responsabilità: Azienda USL, Distretto

2. Cura e assistenza (orientamenti del WHO)

- **Assessment dei bisogni:** rilevazione di problemi, limitazioni di attività e partecipazione, barriere e facilitatori ambientali e personali (attività di equipe)
- **Definizione di Piani Assistenziali Individuali:** (attività di equipe)
- **Erogazione delle prestazioni professionali:** (attività individuali)
- **Verifica periodica di appropriatezza dei piani**

3. Relazioni con il paziente e la famiglia

- **Empowerment (nota 4) :**
- **Supporto psicologico e coimunselling**
- **Avvocatura sanitaria**

Nota 3

Il Chronic Care Model è basato sulla collaborazione fra paziente informato, formato e responsabilizzato e l'equipe che cura, assiste, educa

Nota 4

Empowerment è un processo educativo continuo, integrato nell'attività clinica dei professionisti sanitari, che mira ad aiutare il paziente a conoscere la propria condizione cronica (informazione personalizzata) e a educarlo (sviluppare una coscienza critica) e formarlo al self-care al fine di elaborare un piano di azione condiviso (il piano delle cure) in un team delle cure in cui il paziente è uno degli attori coinvolti.