



ASSIMEFAC
Associazione Società Scientifica Interdisciplinare
e di Medicina di Famiglia e di Comunità



LIBRO VERDE

Contributo di ASSIMEFAC per alcune tematiche

Il contributo di ASSIMEFAC tiene conto della *vision* della Associazione scientifica, centrata sul modello della Assistenza Sanitaria Primaria del WHO, sui relativi metodi (approccio bio-psico-sociale al paziente e alla famiglia) e strumenti (strumenti organizzativi, clinico-assistenziali, relazionali, della formazione), nell'intento di rispondere in modo globale ed unitario ai bisogni multidimensionali di salute dei cittadini.

ASSIMEFAC ha in proprio manifesto programmatico da cui emerge la sua caratteristica di interdisciplinarietà ed i suoi principi ispiratori (www.assimefac.it).

Il contributo di seguito riportato fa riferimento ai principali aspetti contenuti nelle **domande 17, 18, 19, 20, 21**

1. Integrazione e continuità assistenziale.

Criticità: Il sistema attuale è orientato a rispondere alla domanda espressa, legata a bisogni acuti che presuppongono prestazioni professionali individuali prevalentemente di tipo diagnostico-terapeutico. Mancano interventi di promozione della salute, scarsi sono quelli di riabilitazione ed empowerment. Non ancora sviluppate sono le equipe multiprofessionali più volte auspiccate negli indirizzi programmatori nazionali, utili per realizzare interventi integrati e continui e la presa in carico dei pazienti complessi.

Soluzioni:

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** E' necessario sviluppare il modello organizzativo-gestionale dei **servizi in rete** nei quali sono previste **equipe funzionali multiprofessionali e interdisciplinari** composte dai professionisti dei settori sanitario, sociale e della educazione, di volta in volta attivati a seconda della tipologia degli interventi (promozione delle salute, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona). All'interno di questo modello è necessario sviluppare una efficace **comunicazione clinico-assistenziale**

fra i nodi della rete, utilizzando specifici strumenti (sistema informativo, sistema di registrazione delle informazioni/documentazione socio-sanitaria...). Nel modello dei servizi in rete si inserisce a tutti gli effetti il medico di medicina generale convenzionato, rinnovato nel suo profilo professionale da una appropriata formazione (vedi punto 4)

- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema della integrazione multiprofessionale e interdisciplinare e sugli strumenti della comunicazione clinico-assistenziale (es. cartelle socio-sanitarie continue che seguano il paziente nei suoi percorsi di cura¹....)
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere il modello della formazione multiprofessionale e intersettoriale nell'ambito di tutti i **corsi ECM relativi alle patologie croniche**. Tale formazione è finalizzata a fornire agli attuali professionisti impegnati nei settori sanitario, sociale e della educazione una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori. Una formazione di questo tipo è in grado di realizzare le condizioni per attuare interventi assistenziali innovativi (continuità ospedale-territorio, percorsi di cura per pazienti cronici, presa in carico di pazienti complessi....). Questa formazione deve coinvolgere gli attuali medici di medicina generale
- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare il processo della integrazione multiprofessionale e l'uso dei suoi strumenti (es. cartelle socio-sanitarie integrate) come "atti medici", incentivandone la attuazione e prevedendo indicatori dell'integrazione, in termini di struttura e di processo per misurare l'adesione di ogni professionista ai percorsi integrati.

2. Responsabilizzazione del paziente

Criticità: nonostante l'enfasi data da tempo al concetto di responsabilizzazione ed empowerment, il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia nella assistenza è attuato in modo disomogeneo dai vari professionisti, che spesso non conoscono metodi e strumenti per la loro attuazione. Empowerment è un concetto che si presta a molte interpretazioni. In alcuni paesi (Stati Uniti e recentemente Regno Unito) in nome dell'empowerment si è tentato di far passare misure punitive e di restrizione delle prestazioni per i pazienti: responsabilizzo il paziente riducendogli le cure erogate gratuitamente se egli continua ad adottare comportamenti non salutari. Empowerment è invece 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 ad educarlo (**sviluppare una coscienza critica**) al fine di

¹ Nel progetto Leonardo – Disease and Care Management, svoltosi in Puglia nel 2006-2007, sono stati utilizzati con buoni risultati la "Scheda riassuntiva del Piano delle Cure" che accompagnava il paziente cronico in occasione di consulenze specialistiche o di ricoveri ospedalieri e la "Scheda riassuntiva della consulenza specialistica" nella quale il medico consulente indicava i suoi suggerimenti per il piano delle cure in merito a terapia, obiettivi comportamentali, follow up. Sarebbe opportuna una più larga sperimentazione

elaborare un piano di azione condiviso (**il piano delle cure**) in un team delle cure in cui il paziente è uno degli attori coinvolti. Questo obiettivo implica la necessità di ridisegnare il modello assistenziale in tutti gli ambiti dell'intervento sanitario, anche se le cure primarie sono considerate l'ambito prioritario per la presa in carico del paziente cronico e di conseguenza per un approccio orientato all'empowerment. Il **Chronic Care Model (CCM)** di Wagner e Innovative Care for Chronic Conditions edito dal WHO indicano un modello generale ed i percorsi possibili.

Soluzioni:

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** Orientare l'organizzazione sanitaria complessiva per le patologie croniche al CCM, potenziando la medicina generale (con un medico di medicina generale rafforzato nel suo profilo professionale da una appropriata formazione) e tutte le cure primarie come strategia per la gestione delle cronicità, prevedendo operatori sanitari specificatamente formati (**i Care Manager** del CCM) e sociali capaci di offrire un supporto indispensabile al processo di empowerment del paziente
- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema della partecipazione, responsabilizzazione, empowerment e sull'utilizzo dei relativi strumenti (informazione, formazione, counselling...)
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere la attuazione di **corsi ECM multiprofessionali** sui temi della partecipazione, responsabilizzazione, empowerment e sull'utilizzo dei relativi strumenti (informazione, formazione, counselling). I corsi devono essere multiprofessionali e interdisciplinari per fornire una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori.
- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare "atti medici" anche i processi orientati all'**educazione del paziente**, incentivandoli contrattualmente attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito.

3. Percorsi di cura e presa in carico

Criticità. Le sempre più diffuse malattie croniche, nei loro molteplici aspetti (polipatologia, malattie rare, malattie ad esordio neonatale, patologie croniche con riacutizzazioni, patologie croniche stabilizzate, malattie croniche ad evoluzione invalidante...) sono affrontate dall'attuale sistema secondo un unico modello rappresentato dalla "risposta per prestazioni professionali", in un sistema non integrato, che genera liste di attesa e nel quale il paziente transita in servizi che non comunicano fra loro, per lo più grazie al sostegno della famiglia.

Soluzioni:

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** E' necessario sostenere il già citato modello organizzativo dei **servizi in rete** nel quale vengano previsti **percorsi di cura e assistenza** a diversa intensità a seconda della tipologia della patologia cronica, secondo il sistema del Chronic Care Model. In questi percorsi operano **equipe multiprofessionali** composte dai professionisti di volta in volta più appropriati a rispondere ai bisogni dei pazienti. Un percorso di cura e assistenza richiede la adozione di metodi e strumenti scientifici (assessment dei bisogni, definizione di piani assistenziali integrati, erogazione delle prestazioni professionali, verifica periodica di appropriatezza dei piani), la definizione di responsabilità o linee di responsabilità nella presa in carico che presuppone profili professionali appropriati. Il medico di medicina generale, con un profilo professionale moderno acquisito attraverso una appropriata formazione, deve sempre inserirsi in questi percorsi di cura e assistenza con compiti clinici ed anche con compiti gestionali di presa in carico del paziente (es. malattie croniche stabilizzate, malattie eleggibili per assistenza domiciliare integrata); a volte invece potrà essere necessario il supporto di un medico di Distretto/Dipartimento/Unità di Cure Primarie, anch'esso fornito di una solida formazione clinico-gestionale, per favorire l'accesso del paziente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, o al ricovero ospedaliero o a soggiorni in residenze con percorsi facilitati che superino le liste di attesa.
- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema dei percorsi di cura e della presa in carico
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere la attuazione di **corsi ECM** multiprofessionali e intersettoriali sul tema dei percorsi di cura e della presa in carico di pazienti con patologie croniche a diverso esordio, evoluzione, prognosi, esiti, che richiedono pertanto una diversa intensità di cura e assistenza
- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare "atti medici" il coordinamento di percorsi di cura, la presa in carico globale, incentivandoli contrattualmente e prevedendone la verifica attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito

4. Formazione

Criticità. A tutt'oggi è carente per tutte le professioni una formazione appropriata ai contenuti e metodi della Assistenza Sanitaria Primaria, area multiprofessionale che coinvolge i medici e le numerose professioni sanitarie, sociali e della educazione. In particolare la formazione oggi impartita al medico in ambito universitario del medico è del tutto organicistica e trascura la trasmissione di conoscenze e competenze che abbiano a che fare con l'uomo come essere unitario e unico. La formazione medica inoltre è per lo più specialistica ed essere specialista di

branca oggi significa troppo spesso rinchiudere le proprie conoscenze in un ambito limitato, scervo da contaminazioni, orientato alla visione dell'organo.

Soluzioni

La formazione deve essere impostata secondo il modello del "long life learning" ed essere pertanto:

a. Formazione pre-laurea.

- Medicina: gli studi universitari devono **recuperare un approccio umanistico** alla scienza medica. Fin dai primi anni devono essere inserite materie psicologiche e sociali (antropologia, filosofia della scienza) mentre negli ultimi anni devono essere acquisite metodologie di approccio all'uomo malato, in una visione olistica.

Nel CdL in Medicina e Chirurgia deve essere sviluppata l'area della Assistenza Sanitaria Primaria, peraltro prevista nel DM del MUR 16.3.2007 come Ambito Disciplinare Obbligatorio (Medicina di Comunità), ma ancora non adeguatamente sviluppato. **Strategia**: attivazione in ogni CdL in Medicina e Chirurgia di un Corso Integrato di Assistenza Sanitaria Primaria con Docenti Universitari e Docenti esterni (MMG/PIs) a contratto ²

- Professioni sanitarie, sociali ed educative: sviluppo dei contenuti e metodi della Assistenza Sanitaria Primaria

b. Formazione post-laurea professionalizzante (Specializzazioni mediche, Master per tutte le professioni)

- Formazione medica specialistica. La formazione specialistica deve insegnare, oltre ai contenuti clinici delle varie discipline, anche le tecniche di comunicazione con il paziente, l'inquadramento della problematica d'organo in una visione bio-psico-sociale dell'individuo che si sta curando. Il confronto con le altre discipline, la capacità di integrarsi in un più complesso sistema delle cure per affrontare correttamente la pluripatologia, il sentirsi parte di team delle cure, sono abilità che qualunque medico specialista deve acquisire dalla formazione post-curriculare.
- Formazione specifica in medicina generale. E' necessario sostenere la evoluzione degli attuali corsi gestiti dalle Regioni in specializzazione universitaria affinché anche i futuri Medici di Medicina Generale possano avere una formazione medica specialistica impartita in ambito accademico, in linea con le indicazioni della UE. Questa auspicabile "Specializzazione in Medicina Generale" oltre a conferire competenze cliniche potrebbe conferire competenze gestionali per ruoli organizzativi nell'ambito delle cure primarie, consentendo pertanto l'accesso alla dirigenza nei servizi territoriali di cure primarie. A tal fine si potrebbe pensare a organiche

² 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

forme di collaborazione con la attuale Specializzazione in Medicina di Comunità³ nei modi e nei tempi da studiare. **Strategia:** attivazione di Tavoli di Lavoro a livello ministeriale (ministeri di Università, LSPS, Conf Stato-Regioni...) per studiare la possibilità di sinergie fra Specializzazione in Medicina di Comunità e Corsi Regionali per la Formazione Specifica in Medicina Generale (es. rete formativa integrata Università-Regione con possibilità di acquisizione di Crediti Formativi Universitari per i medici partecipanti ai Corsi Regionali e Crediti Formativi regionali per i medici in formazione specialistica in Medicina di Comunità) che porti a vantaggi reciproci in termini formativi e professionali

- Formazione delle Professioni sanitarie, sociali ed educative. **Strategia:** attivazione di Master Universitari per fornire competenze nell'area della ASP.

c. **Formazione post-laurea continua**

Come già detto in precedenza, è necessario sviluppare il modello della formazione multiprofessionale e intersettoriale nell'ambito dei **corsi ECM**. Tale formazione è finalizzata a fornire agli attuali professionisti impegnati nei settori sanitario, sociale e della educazione una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori. Una formazione di questo tipo è in grado di realizzare in tempi brevi le condizioni per attuare interventi assistenziali innovativi (continuità ospedale-territorio, percorsi di cura per pazienti cronici, presa in carico di pazienti complessi...).

Maria Angela Becchi,

Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità Univ. Modena-Reggio E.

Ernesto Mola,

Sezione Medicina di Famiglia e di Comunità di ASSIMEFAC

Roma, 23 ottobre 2008

³ 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.