

La medicina del territorio al servizio del paziente: dalle criticità alle soluzioni concrete

Documento approvato in occasione del

II° Congresso Nazionale
CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL
DIRITTO ALLA SALUTE



Il presente documento è il frutto della collaborazione tra FederAnziani e FIMMG che si è concretizzata in occasione del II° Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute svoltosi al Palacongressi di Rimini dal 28 Novembre al 1° dicembre 2013.

FederAnziani è un'associazione senza fini di lucro fondata nel 2006 che nasce con lo scopo di tutelare i diritti e promuovere la qualità della vita degli anziani. Opera a livello nazionale ed ha come primaria finalità quella di federare tutti i soggetti che si occupano della tutela sociale, sanitaria, economica dei soggetti anziani. L'impegno di FederAnziani è quello di tutelare la categoria degli anziani con ogni mezzo e forma; valorizzare ed accrescere il ruolo degli anziani nella società; promuovere una cultura che valorizzi l'anziano come una risorsa insostituibile per la famiglia e per la società; orientare l'opinione pubblica a considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società; orientare le politiche sociali per gli anziani a sviluppare programmi improntati a una visione positiva della terza età e che favoriscano la promozione del benessere lungo tutto l'arco della vita.

La **Federazione Italiana Medici di Famiglia**, FIMMG, è l'associazione professionale nazionale e organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa dei Medici di Medicina

Generale operanti nell'area della Medicina Generale nel territorio.

Da tempo la FIMMG, coerentemente con la responsabilità di questa rappresentanza, è impegnata a favorire una riconsiderazione complessiva del ruolo della medicina di famiglia, che rappresenta il riferimento fondamentale nell'ambito dell'attuale sistema di Assistenza Primaria.

In qualità di associazione professionale e sindacale, FIMMG si propone di tutelare gli interessi dei medici operanti a livello territoriale e di curare i rapporti con il SSN e con gli altri Enti che erogano l'assistenza sanitaria di Medicina Generale, oltre che di assicurare il dialogo e il confronto con le parti politiche e sociali, anche al fine di migliorare l'organizzazione sanitaria in Italia.

La Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
è l'organismo tecnico-scientifico nazionale di FederAnziani preposto alla tutela del diritto alla salute dei cittadini e all'elaborazione di proposte per un Servizio Sanitario Nazionale migliore e al tempo stesso sostenibile.

L'obiettivo della Corte è tutelare, attraverso un accurato lavoro multidisciplinare condotto a fianco delle istituzioni, il diritto alla salute sancito dalla Costituzione, consentendo al cittadino di afferire a un Sistema Sanitario migliore, che sappia coniugare qualità dei servizi offerti e ottimizzazione delle risorse economiche, armonizzando l'atto medico, le linee

guida ad esso legate, la giurisprudenza e l'economia sanitaria.

FederAnziani e Corte di Giustizia hanno tra i loro obiettivi, *l'affermazione del ruolo del MMG come cardine del sistema salute; l'umanizzazione del rapporto medico-paziente; la riorganizzazione della Medicina Generale e del territorio; la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata ADI ed RSA*

FIMMG, dal canto suo, ha da tempo elaborato un progetto di *Ri-Fondazione della Medicina Generale basato sul rapporto fiduciario medico paziente e che, ponendo al centro i bisogni di salute dei cittadini, delinea in funzione di questi le linee operative per la riorganizzazione delle modalità di lavoro e di qualità di erogazione della assistenza da parte della medicina di famiglia.*

Da questa convergenza di obiettivi è nato uno spontaneo impulso alla collaborazione che si è concretizzato in un formale accordo di partnership.

Il primo "frutto" di questa collaborazione è stata la condivisione nella organizzazione del II° Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, organizzato per condividere suggerimenti ed indicazioni finalizzati ad agevolare l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, non più procrastinabile, all'insegna di un uso più razionale ed efficiente delle

risorse, della riaffermazione della centralità della professione medica e della tutela del diritto alla cura e alla salute di noi tutti.

Il II° Congresso Nazionale ha visto al lavoro medici provenienti da tutta Italia, esponenti delle principali società medico-scientifiche, del mondo dell'università e della ricerca, giudici, magistrati, avvocati, economisti sanitari, esponenti delle istituzioni, giornalisti e comunicatori esperti di medicina e politiche sanitarie, in sessioni monotematiche di lavoro per tecnici specialisti nel settore, e sessioni aperte al pubblico.

I lavori di confronto in aula hanno portato all'elaborazione di documenti scientifici contenenti l'individuazione delle criticità delle diverse aree medico-sanitarie; le proposte, elaborate dai più alti esperti del settore secondo le linee guida internazionali, sono state discusse con gli economisti sanitari per l'impatto sul budget.

I documenti finali sono stati presentati all'attenzione dei cittadini, rappresentati dai delegati FederAnziani presenti al congresso, e da questi approvati.

Il presente documento racchiude le proposizioni e le conseguenti linee programmatiche che gli oltre seimila delegati FederAnziani, in rappresentanza degli oltre 3 milioni di aderenti, ed i medici della FIMMG hanno elaborato e formalmente approvato, nel Dipartimento Medicina Generale ed Area delle Cure Primarie ADI-RSA, relativamente alla riorganizzazione della

medicina Generale e dell'Area delle Cure Primarie e che quindi rappresentano quanto i cittadini chiedono alle Istituzioni, in previsione della apertura delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale alla luce della Legge 189/2012, che, nel riscrivere le modalità di lavoro dei medici, ridefinirà la qualità della assistenza che i cittadini riceveranno da essi.

FederAnziani

FIMMG

*Corte di Giustizia
popolare per il
diritto alla salute*

R. Messina

G. Milillo

G. Pozzi

Documento conclusivo approvato

Premesse - Lo stato dell'arte

Durante i lavori del *Dipartimento Medicina Generale ed Area delle Cure Primarie ADI-RSA* i medici di famiglia ed i rappresentanti di FederAnziani che ne facevano parte hanno approfondito i punti di forza ma anche gli aspetti meno soddisfacenti dell'attuale modello organizzativo di assistenza che i medici di famiglia offrono ed insieme hanno individuato i necessari cambiamenti da realizzare per migliorare ulteriormente la già alta qualità dell'assistenza che il medico di famiglia vuole offrire ai pazienti che lo scelgono liberamente come il loro principale punto di riferimento.

Sono state analizzate anche le modalità di rapporto con altre figure professionali, specialisti in primis, che l'organizzazione territoriale del SSN mette a disposizione del medico e la attuale situazione organizzativa della assistenza domiciliare e delle strutture territoriali di cui il medico di famiglia dovrebbe potersi servire, per dare adeguate risposte assistenziali ai propri pazienti.

I punti di forza

La figura del medico di famiglia si conferma, anche in recenti sondaggi, come la più gradita dai cittadini.

I principali “punti di forza” di questa popolarità sono rappresentati dal **rapporto fiduciario medico-paziente** che rende il medico “uno di famiglia” che condivide da anni e spesso da decenni il vissuto bello e brutto del paziente e della sua famiglia - nonni, genitori e figli; dalla **disponibilità** per l’intero arco della giornata nei riguardi del paziente, dall’**accoglienza** del paziente per diverse ore di ogni giorno in studio, dall’**ascolto** delle problematiche, non solo strettamente sanitarie, considerando il cittadino come persona di cui **prendersi cura** e dalla capillare diffusione degli studi medici-**medicina di prossimità** - vicino a dove vive il paziente.

Gli aspetti migliorabili

Nonostante questo elevato livello assistenziale sono emersi aspetti che possono essere migliorati sia nel modo di lavorare del medico di famiglia e degli altri professionisti che con lui operano sul territorio, sia nella organizzazione del Territorio stesso:

- Il medico che lavora da solo non è sempre reperibile in studio dove di solito si trova per mezza giornata, dovendo dedicare l’altra metà alle attività domiciliari.
- E’ difficile il raccordo con altri Medici di famiglia e con la Continuità Assistenziale (ex guardia medica).

- Non c'è un unico soggetto a cui riferirsi per avere un ascolto ed una "presa in carico" dei bisogni nell'arco delle 24 ore.
- E' difficile soprattutto il raccordo con altri professionisti se serve consultarli.
- Il cittadino paga alti costi "sociali" da questa disorganizzazione.
- Il cittadino, per quanto possa andare dal proprio MMG quando vuole, non si sente attivamente "guidato" nei percorsi di cura e di prevenzione e non è coinvolto attivamente nel prendersi cura di sé e nel cercare di prevenire le malattie. Questo avviene solo quando il cittadino pensa di avere bisogno del medico e si reca nel suo studio, ma non esiste un "invito" a recarsi in studio che parta dal medico
- Quando il cittadino va dal medico, se questi non ha personale di studio, deve fare lunghe attese anche per semplici atti burocratici, non è guidato nei percorsi assistenziali e non viene sufficientemente "accolto" al suo ingresso in studio.
- Ogni volta che c'è bisogno di fare accertamenti, anche semplici, il cittadino deve fare la spola tra uffici diversi e poi lunghe liste di attesa per eseguire gli esami.
- Il cittadino, facendo eccezione per il medico di famiglia, non si sente accolto come persona dal SSN nel suo complesso, ma piuttosto vede curare un proprio organo con freddezza e distacco.

- I cittadini anziani e fragili che hanno bisogno di assistenza continua al loro domicilio spesso sono accuditi da familiari o “badanti” volenterosi, ma scarsamente in grado di capire i bisogni e dare aiuto concreto.
- Il cittadino avverte che spesso ha bisogni sia sanitari che sociali e che rispetto a questo c’è la assoluta frammentazione e scoordinamento delle risposte.
- Spesso i MMG lavorano da soli perché c’è difficoltà a trovare sedi per far lavorare insieme più professionisti.
- Se il cittadino non ha una famiglia che se ne prende cura, la possibilità di trovare accoglienza in strutture residenziali, è carente, insufficiente, frammentaria e scoordinata.
- Non ci sono investimenti per riorganizzare il Territorio al fine di dare risposte corrette ai cittadini anche partendo dal presupposto, tutto da dimostrare, che ci vorrebbero somme ingenti, mentre invece è dimostrato che chi meglio cura meno spende e che riorganizzando i processi di cura sul Territorio si liberano ingenti risorse che “pagano” gli investimenti necessari.

Dalle criticità alle soluzioni concrete

Proposizioni approvate dai delegati FederAnziani

Alla luce degli approfondimenti di cui sopra i membri del Dipartimento hanno formulato delle proposizioni relativamente alle soluzioni da adottare, raccolte poi in linee programmatiche.

Gli oltre seimila delegati FederAnziani, in rappresentanza degli oltre 3 milioni di aderenti, dopo aver ribadito la volontà di **salvaguardare come valore primario ed insostituibile il rapporto fiduciario medico paziente** che permette loro di scegliere liberamente il proprio medico di famiglia, hanno **formalmente approvato le seguenti proposizioni e le conseguenti linee programmatiche che quindi rappresentano quanto i cittadini chiedono alle Istituzioni:**

E' necessario che:

1. **I medici di famiglia** ed i medici di Continuità Assistenziale **lavorino insieme**, quanto prima diventando medici "a ruolo unico", in gruppi (Aggregazioni Funzionali territoriali - AFT) **condividendo una rete informatica** che contenga tutte le informazioni cliniche dei loro pazienti per poter garantire che ci sia sempre, giorno e notte, qualcuno, informato, che si fa carico dei problemi.

2. **I medici della AFT**, pur mantenendo gli studi personali **devono avere sedi comuni di lavoro** in modo che i loro pazienti abbiano sempre un punto fisico di riferimento, dove trovare, quando hanno bisogno, il proprio medico o un altro medico del gruppo informato sulla loro storia clinica. Sedi presso le quali si possa strutturare, anche nell'interesse dei cittadini, l'azione formativa prevalente per la realizzazione dei futuri MMG. Il SSN/SSR deve individuare queste sedi o quantomeno i meccanismi di finanziamento per metterle a disposizione dei gruppi di medici.
3. **Ogni medico deve essere affiancato, almeno nelle ore in cui è in studio, da un collaboratore appositamente formato**, da lui assunto ma pagato dal SSN/SSR: **l'Assistente di studio medico di famiglia (ASMF) che garantisce al cittadino accoglienza, ascolto, guida nei percorsi assistenziali, semplificazione burocratica, piccole prestazioni socio-assistenziali.**
4. **I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi esami diagnostici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche**, attraverso una funzione di "first opinion" determinando un aumento della intensità assistenziale e della capacità di dare risposte della medicina generale e mantenendo alla specialistica la sua funzione di "second

opinion” anche per evitare le attuali lunghe liste di attesa.

5. **I medici di famiglia devono adottare un atteggiamento “proattivo”, prima per la prevenzione e poi per la cura delle patologie croniche**, favorendo una maggior aderenza alla terapia, insegnando ai pazienti e care-giver sa “prendersi cura” (secondo modelli di Family learning) e soprattutto invitandoli periodicamente in studio per viste ed esami programmati. **Il SSN/SSR deve affidare ai medici di famiglia che lavorano in sedi comuni, affiancati da proprio personale di studio appositamente formato e dotati di tecnologia diagnostica il compito di garantire ai cittadini i percorsi di medicina proattiva relativi alle patologie croniche ed anche alle polipatologie quando i pazienti siano complessivamente ancora autosufficienti.**
6. In questo processo di cambiamento **i medici di famiglia devono mantenere per tutti i loro pazienti, il loro modo di rapportarsi con umanità, considerando la persona e non l’organo, continuando ad essere “uno della famiglia”,** continuando a mettersi a disposizione nei propri studi quando il cittadino avverte un bisogno (**Medicina on demand**) e mantenendo operativa la rete degli studi capillarmente distribuiti sul territorio che è una ricchezza da non perdere (**Medicina di prossimità**).

7. **Quando i pazienti anziani, con polipatologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa il medico di famiglia, che comunque rimane il responsabile del processo di cura del singolo paziente, deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti - team multi professionale-** che devono essere anche loro ben identificabili e quindi team composto sempre dalle stesse persone, che diventano anch'esse "di fiducia" per quel paziente. Team che opera prevalentemente a domicilio del paziente (ADI), nelle strutture residenziali o in altre strutture territoriali e che dovrà valutare tutte le necessità del paziente (UVM) e formulare un progetto di assistenza personalizzato a queste esigenze.
8. **E' necessario che anche un Assistente sociale ben identificabile faccia parte del team per garantire l'integrazione socio-sanitaria e la possibilità di attivare le risorse del sociale, che devono essere complessivamente incrementate e del volontariato.** E' necessario inoltre individuare soluzioni di sintesi che permettano di superare la attuale dicotomia gestionale tra risorse socio assistenziali gestite dai comuni e risorse socio-sanitarie gestite dalle ASL.
9. Per operare efficientemente a domicilio è **necessario avere a disposizione** un "sistema" in grado di rafforzare la logica dell'intervento di prossimità e di sviluppare una maggior attenzione

ai bisogni della persona, che è **il sistema della domiciliarità cioè l'ADI.**

10. **Se i pazienti non autosufficienti hanno bisogno di una assistenza continua al proprio domicilio da parte di un familiare o di una badante questi deve avere una formazione specifica, deve cioè diventare un “Assistente Familiare” e deve esser considerato ed operare come componente del Team multi professionale - anello residente nel domicilio del paziente.** E' anche necessario che la concessione dell'assegno di accompagnamento comporti l'obbligo di acquisire queste competenze mediante una formazione specifica.
11. **Il sistema della residenzialità va inteso come “setting” a disposizione del medico di famiglia e deve rappresentare un prolungamento temporaneo del domicilio, che rimane comunque la soluzione ottimale da perseguire, quando appunto il paziente non possa essere adeguatamente curato a domicilio per carenza della rete familiare o informale. Il sistema della Residenzialità va però riorganizzato** valutando il numero di posti necessari per 1.000 abitanti per le varie tipologie di residenzialità, in modo da superare le attuali carenze e prevedendo anche una flessibilità di complessità organizzativa attorno al mutare delle esigenze del singolo cittadino (modello per intensità di cura).

12. **E' necessario che il SSN/SSR attraverso le ASL trovi le risorse necessarie alla riorganizzazione della Medicina Generale e del Territorio**, molte delle quali possono provenire dalla attribuzione alla Medicina Generale di queste nuove competenze come conseguenza del riequilibrio delle risorse a favore del territorio del fondo sanitario nazionale (FSN) o regionale (FSR).

I Delegati di FederAnziani, a nome di tutti gli iscritti, pertanto indicano le seguenti linee programmatiche da realizzare in occasione del prossimo rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale per i Medici di Medicina Generale che ridefinirà le modalità organizzative e di lavoro della Medicina Generale e dell'intera Area delle Cure Primarie alla luce del dettato della Legge 189/ 2012.

I medici di Famiglia devono lavorare insieme, utilizzando una rete informatica e avendo a disposizione delle sedi comuni di lavoro.

Per garantire ai cittadini la effettiva continuità delle cure, la efficacia degli interventi e la facile individuazione dei luoghi dove trovare i medici ed ottenere le risposte ai bisogni.

Ogni medico di famiglia deve essere affiancato, almeno nelle ore in cui è in studio, da un collaboratore appositamente formato: l'Assistente di studio medico di famiglia.

Per garantire al cittadino accoglienza, ascolto, guida nei percorsi assistenziali, semplificazione burocratica, piccole prestazioni socio-assistenziali.

I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi esami diagnostici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche

Per completare in prima persona i percorsi diagnostici e di controllo dei cittadini, evitando loro le code e le lunghe liste di attesa.

I medici di famiglia devono continuare a garantire l'organizzazione del loro lavoro proprio della "Medicina on demand" e della "Medicina di prossimità" ma al contempo devono adottare l'atteggiamento "proattivo" della "medicina di iniziativa",richiamando periodicamente a visita i propri pazienti, prima per la prevenzione e poi per la cura delle patologie croniche ed il SSN/SSR deve affidare ai medici di famiglia che lavorano in sedi comuni, affiancati da proprio personale di studio appositamente formato e dotati di tecnologia diagnostica, il compito di garantire ai cittadini i percorsi di medicina proattiva

Per prevenire la comparsa o ritardare l'evoluzione delle patologie croniche.

Per favorire una maggior aderenza alla terapia.

Per insegnare a pazienti e care-givers a “prendersi cura” di se.

Quando i pazienti anziani, con polipatologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa il medico di famiglia deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti - team multi professionale definito UCCP, che assicura le risposte primariamente a domicilio del paziente e poi anche nelle strutture residenziali o nei presidi territoriali. Nel team multi professionale deve essere inserito anche un Assistente sociale dedicato. Se i pazienti non autosufficienti hanno bisogno di una assistenza continua al proprio domicilio da parte di un familiare o di una badante questi deve avere una formazione specifica, deve cioè diventare un “Assistente Familiare” inserito nel team multiprofessionale come anello residente. Il sistema della domiciliarità e residenzialità deve essere riorganizzato.

Perché le cure, per quanto complesse ed erogate da più soggetti siano rese sempre “personalizzate” dal coordinamento del proprio medico di famiglia.

Per garantire al cittadino la vera integrazione di risposte ai bisogni sanitari e a quelli sociali.

Per garantire che la assistenza continua al domicilio sia qualificata e appropriata.

Per garantire che le strutture residenziali rappresentino un prolungamento temporaneo del domicilio, che rimane comunque la soluzione ottimale.

Tutta la riorganizzazione della Medica Generale e dell'area delle Cure primarie deve trovare adeguato finanziamento dalla riconversione di spese conseguente sia alla riorganizzazione ospedale/territorio e dall'affidamento alla medicina Generale, in un'ottica di sussidiarietà, dei percorsi di cura della cronicità, sia dal recupero di spese inutili e sprechi che avvengono in altri settori del sistema sanitario tenendo presente che nel medio periodo un recupero di risorse potrebbe derivare dalle qualità delle cure stesse.