



L'evoluzione della Medicina Generale: le parole chiave, tra punti fermi e innovazione

Il Gruppo di lavoro congiunto tra FIASO e FNOMCEO rappresenta una straordinaria opportunità di condivisione del punto di vista dei manager e dei professionisti della sanità su un aspetto fondamentale per la costruzione della sanità del futuro. L'evoluzione della Medicina generale si inserisce nella dimensione della prossimità delle cure e della presa in carico integrata del paziente. Il Gruppo si pone l'obiettivo di offrire un contributo allo sviluppo di quanto previsto dal Patto per la salute, dal Piano della cronicità del Ministero della Salute e dal PNRR.

Chi sarà accanto al paziente fragile? Come verranno gestiti i suoi bisogni diversi? Come verranno attivate le consulenze specialistiche necessarie? Come verrà garantita l'integrazione con i servizi sociali del Comune? Come ci si relaziona con gli enti del terzo settore o le associazioni di volontariato?

Interrogarsi sull'evoluzione della Medicina generale a partire dalla realtà e dall'esperienza quotidiana può servire ad offrire gli elementi necessari per sostenere il cambiamento e per orientare il sistema verso obiettivi di crescita e sviluppo. Per raggiungere questi obiettivi, l'approccio deve essere volto all'innovazione e inserito in una logica di sistema che tenga conto della trasformazione della sanità territoriale e ospedaliera.

In tale prospettiva, i manager e i professionisti della sanità hanno condiviso alcune parole chiave che tracciano la traiettoria evolutiva della Medicina generale nel prossimo futuro.

- 1) **Fiducia e continuità.** La medicina di famiglia si differenzia dalle altre specialità per un rapporto assistenziale prolungato nel tempo, definito per ciclo di fiducia e non per ciclo di malattia. Tutti gli studi realizzati sui processi assistenziali di presa in carico (PDTA) dimostrano un aumento della qualità assistenziale e percepita dal paziente laddove viene garantita la continuità delle cure. Per i pazienti più fragili, il contatto con i familiari diventa fondamentale per assicurare appropriatezza e aderenza terapeutica. Più in generale, le decisioni intorno alla salute del paziente e l'attivazione delle risorse e dei servizi necessari per soddisfare i suoi bisogni rappresentano un aspetto sostanziale del rapporto di fiducia tra cittadino e SSN.
- 2) **Formazione e competenze.** I medici di medicina generale sono attualmente in numero insufficiente. Questa carenza sarà resa più evidente dall'uscita dalla professione per pensionamento. Conseguentemente, per bilanciare le uscite dalla professione, è necessario aumentare i posti al corso di formazione specifica. L'incremento dei posti produrrà i suoi effetti non prima di tre anni, ma soluzioni per la presa in carico sono richieste immediatamente. Inoltre, sarà necessario definire i profili professionali nella nuova dimensione di sanità di prossimità prevista dal PNRR che investe una ampia comunità professionale e può servire a favorire l'alveo culturale di riferimento per l'integrazione professionale e il lavoro in team multidisciplinari. Si può immaginare anche una evoluzione gestionale della Medicina Generale sia per acquisire nuove competenze per la presa in carico, sia per accedere a posizioni organizzative. La migliore qualificazione del profilo professionale può suggerire l'opportunità di prevedere un diploma di specializzazione medico-universitaria.

- 3) **Lavoro in team e processi di cura.** Tra gli aspetti operativi più importanti e decisivi per lo sviluppo della sanità di prossimità sussiste certamente la capacità organizzativa e culturale di saper lavorare insieme tra professionisti di discipline e attitudini molto differenti tra loro, che ruotano intorno ai bisogni multidimensionali del paziente, in modo da individuarne soluzioni e garantire un'omogenea offerta assistenziale degli assistiti. Una della criticità della medicina di famiglia è rappresentata dall'isolamento professionale di molti medici, non strutturale ma organizzativo. L'isolamento comporta anche il venir meno della rete di relazioni professionali informali, determinata dalla condivisione operativa di problematiche, più che di spazi, e spesso più rilevante di quella realizzabile in contesti formali. La complessità del percorso di miglioramento della salute degli individui fragili, principali utilizzatori degli strumenti di welfare, richiede una attivazione coordinata e integrata di diversi professionisti, nel rispetto delle diverse specificità ma secondo una logica armonizzata e appropriata, secondo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. È possibile individuare forme di "misura" dell'effettivo lavoro in team sia del singolo che dello stesso team di sopperire ad eventuali criticità da una mancata effettiva partecipazione da parte del singolo.
- 4) **Capillarità e informatizzazione.** Anche se con forti eterogeneità tra Regioni, o anche all'interno di una stessa Regione, esiste una rete di assistenza primaria, di servizi territoriali e distrettuali, di servizi di prevenzione, di salute mentale, di cure intermedie che va potenziata e integrata. Sotto questo profilo, non sembra appropriato prevedere interventi logistici (es: Case di Comunità) uguali per tutti i territori e, allo stesso tempo, non c'è bisogno di attendere la realizzazione delle Case della Comunità per garantire la presa in carico dei pazienti cronici. È invece possibile gestire da subito interventi di rimodulazione e riorganizzazione della rete territoriale, con logiche analoghe a quelle adottate per la rete ospedaliera, non tanto per la costruzione di nuove strutture o ospedali ma per la razionalizzazione e rimodulazione della rete all'interno di un modello di governance locale che chiama in causa il ruolo del Medico di Medicina Generale, del Distretto sanitario e delle Aziende Sanitarie Locali.
- La rete dell'assistenza primaria garantisce una copertura distribuita sul territorio e, in alcuni casi, le Case della Comunità possono rappresentare strutture hub nel territorio. Gli studi periferici e di "medicina di gruppo" assicurano la presenza capillare e soprattutto adattabile alle diverse caratteristiche del territorio. Un sistema informatico efficiente e la disponibilità di piattaforme di telemedicina, adeguatamente validate e supportate, possono permettere la connessione tra strutture e professionisti.
- 5) **Governance.** Sul fronte territoriale sono mancati interventi di riorganizzazione e una vera e propria riprogrammazione delle attività in percorsi clinici di presa in carico. Molti ostacoli risiedono nella mancanza di una visione innovativa rispetto a modelli di assistenza territoriale oramai superati, ma anche in una eccessiva frammentazione di soggetti e servizi, con logiche poco orientate al governo clinico e spesso fortemente autoreferenziali. Il governo del territorio deve consolidare i processi di cambiamento organizzativo già in atto, ridefinire il ruolo dei Medici di Medicina Generale all'interno di un unico sistema integrato, e realizzare l'assistenza di prossimità attraverso l'infermiere di comunità, operante in modo proattivo all'interno del Distretto Sanitario. La governance è funzione dell'organizzazione che non può essere pensata negli stessi termini di una strutturazione di tipo ospedaliero. La partecipazione dei medici di famiglia ai momenti decisionali dell'Azienda e alla pianificazione delle attività nei distretti e nelle Case di Comunità per il raggiungimento degli obiettivi di salute diventa fondamentale, anche prevedendo percorsi di carriera gestionali. Le Case di Comunità dovranno essere luogo dove pianificare le attività come quelle derivanti dalla medicina di iniziativa, ivi compresi le prestazioni di diagnostica strumentale e di specialistica. Nella nuova configurazione di governo del territorio va previsto un pieno coinvolgimento della medicina generale.
- 6) **Assistenza integrata.** Occorre determinare in maniera chiara il *pattern* delle attività professionali attribuite al Medico di Medicina Generale (ad es. assistenza domiciliare, fascicolo sanitario

elettronico, telemedicina, vaccinazioni, etc.). Si devono garantire al professionista strumenti e risorse per poter operare nel modo più efficace e appropriato possibile. Occorre promuovere l'esercizio associato della professione disegnando lo "studio medico" del futuro con figure professionali di supporto adeguate al ruolo del MMG.

La pandemia di Covid-19 ha dimostrato che tutti gli attori del SSN devono essere inseriti in modelli di risposta alle maxi emergenze predefiniti e organizzati. I piani di emergenza devono specificare "cosa, come e quando" sia per gli operatori che per i cittadini.

- 7) **Tecnologia.** L'adeguamento delle apparecchiature diagnostiche e l'introduzione capillare di strumenti per il monitoraggio da remoto (telemedicina, domotica etc.) rispondono ad una logica di sviluppo dell'assistenza territoriale pensata in ambito ospedaliero. Al contrario è necessario implementare tecnologie e piattaforme digitali disegnate *ab origine* per l'assistenza territoriale e per la Medicina generale, per essere non più spettatori ma protagonisti dell'evoluzione digitale.

La tecnologia deve entrare a far parte della routine ambulatoriale, così come la disponibilità ad adottare nuovi strumenti di comunicazione con i propri assistiti, anche per condividere informazioni con l'Azienda e per alimentare il Fascicolo sanitario elettronico.

L'intero percorso di cura deve anche incentivare lo sviluppo della telemedicina ed è necessario promuovere le competenze della medicina generale all'uso di apparecchiature diagnostiche (ad es. ecografia) e delle piattaforme digitali.