IV Sessione

L'Alleanza
per la Riforma
delle Cure Primarie in Italia
ispirata ai principi del «Libro Azzurro»

Il nuovo ruolo del MMG nel contesto multidisciplinare della PHC

Luigi M. Bracchitta, MMG, Milano
Segretario del Movimento Giotto
Docente a contratto Humanitas University

Barbara Starfield (1932-2011)

Sei meccanismi, da soli e in combinazione, possono spiegare l'impatto benefico delle cure primarie sulla salute della popolazione.

1. **Maggiore accesso ai servizi necessari:** *le cure primarie, in quanto punto di primo contatto con i servizi sanitari, facilitano l'ingresso nel resto del sistema sanitario.*

2. **Migliore qualità dell'assistenza:** *i MMG sono almeno altrettanto efficaci degli specialisti nella cura di malattie comuni specifiche e nel complesso ottengono risultati migliori quando le misure della qualità sono generiche.*

3. **Una maggiore attenzione alla prevenzione**

STARFIELD, B., SHI, L. and MACINKO, J. (2005), Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83: 457-502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Barbara Starfield (1932-2011)

4. Gestione precoce dei problemi di salute: *impatto dimostrato sulla gestione dei problemi di salute prima che siano sufficientemente gravi da richiedere il ricovero oi servizi di emergenza.*

5. L'effetto cumulativo sulla riduzione di mortalità e morbidità: *gli effetti benefici delle cure primarie sulla mortalità e morbilità possono essere attribuiti, almeno in parte, al focus delle cure primarie sulla persona piuttosto che sulla gestione di particolari malattie.*

6. Ridurre le cure specialistiche non necessarie e potenzialmente dannose: *l'evidenza è anche coerente che il primo contatto con un MMG (prima di rivolgersi a uno specialista) è associato a cure più appropriate, più efficaci e meno costose.*

STARFIELD, B., SHI, L. and MACINKO, J. (2005), Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83: 457-502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

MINISTERO DELLA SALUTE

Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'equipe multidisciplinare

DECRETO 23 maggio 2022, n. **77**.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali**.**

XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

movimento GIOTTO
WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG
Giovani Medici di Medicina Generale

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. **77**.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del *caregiver*. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

MINISTERO DELLA SALUTE

Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali

DECRETO 23 maggio 2022, n. **77**.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

I Livello

Persona in salute

Assenza di condizioni patologiche

Assenza di necessità assistenziali

Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria

Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al *caregiver*, in relazione ai bisogni socioassistenziali

XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

movimento GIOTTO
WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG
Giovani Medici di Medicina Generale

Situazione MMG

Anzianità di laurea dei medici di medicina generale, Italia. Trend 2009-2019

Anno	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale
2009	109	827	6.811	16.040	22.422	46.209
2010	124	733	5.738	14.410	24.873	45.878
2011	98	703	5.035	13.260	26.965	46.061
2012	69	554	4.231	12.120	28.463	45.437
2013	72	581	3.724	11.540	29.286	45.203
2014	78	739	3.307	10.853	29.960	44.937
2015	158	760	2.573	9.990	31.174	44.655
2016	95	881	2.331	9.282	31.681	44.270
2017	119	1.094	2.156	8.216	32.146	43.731
2018	139	1.350	1.917	6.814	32.767	42.987
2019	150	1.683	1.833	5.750	33.012	42.428

Fonte: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2019, Ministero della Salute

Una categoria in estinzione?

Fabbisogno stimato di Medici di medicina generale al 2027	
Numero di MMG al 1° gennaio 2020	42.009
MMG formati dal 2018 al 2023 e disponibili nel 2027	11.308
Pensionamenti stimati dei Medici di medicina base dal 2020 al 2026	18.000
Medici di medicina di base -(1 MMG per 1.500 abitanti > 14 anni)	34.609
Numero di MMG nel 2027	35.317

Sono maturi i tempi di un cambiamento di approccio per le cure primarie?

Santagostino 24/SETTE

Il servizio di presa in carico non-stop del Santagostino

Cos'è Santagostino 24/sette?

Santagostino 24/sette è un servizio di presa in carico - **attivo 24 ore al giorno, sette giorni su se**

In che cosa consiste Santagostino 24/sette?

Grazie a Santagostino 24/sette puoi **parlare al telefono con un medico 24 ore al giorno, sette g**

Ciao

parte oggi Santagostino 24/sette, il nuovo servizio in abbonamento del Santagostino che ti consente di **parlare al telefono con un medico 24 ore al giorno, sette giorni su sette**.

Sappiamo che capita a tutti di aver bisogno di un **consulto medico vissuto come urgente**, anche se non così importante da farti andare al pronto soccorso. E magari in un orario in cui il medico non c'è.

24/ sette è la giusta soluzione: **in abbonamento, riservato ai pazienti smart, gratuito fino al 31 dicembre 2021.**

Dal 2 gennaio 2022 avrà un costo annuale di **19,90 euro**.

ISCRIVITI ORA

Personale

- Nel medio e breve periodo mancano professionisti;
- Salari poco attrattivi;
- Precarietà del lavoro oggi preferita (vedi PS);

Applicazione organizzativa della Riforma

- Luoghi con servizi aggregati ma distanti rispetto allo studio del MMG;
- Se trasferisco e non integro non serve a nulla

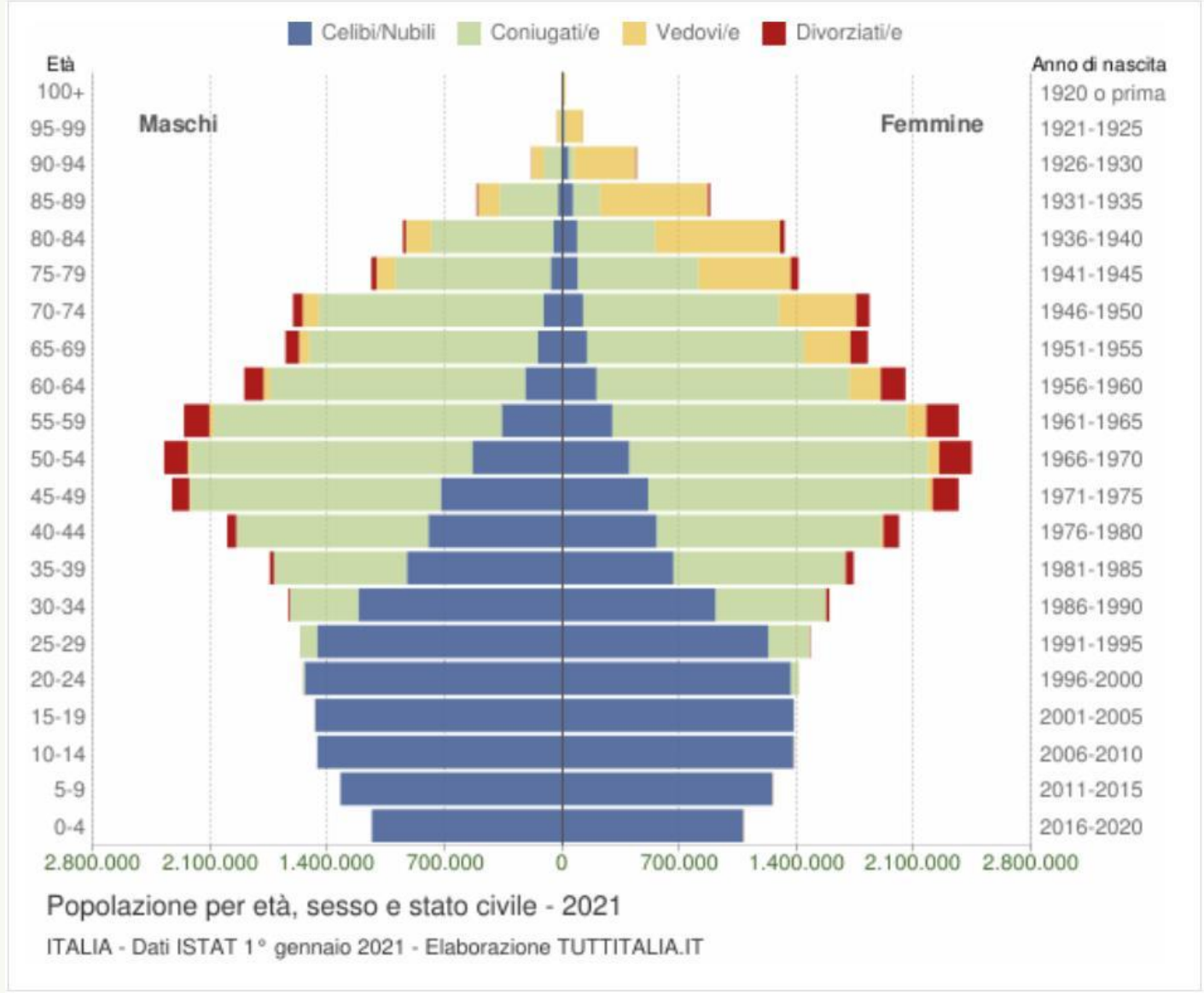
Criticità:

- Operatori oggi non presenti
- Appetibilità del lavoro pubblico in una transizione generazionale (Chiavenna 1.400 € giorno per radiologi dell'ospedale Civico di Palermo)
- Nuove figure professionali (analista di popolazione)
- Resistenza e adeguamento
- Allontanamento dell'assistenza primaria (raggruppa)
- Rischio rapporto fiduciario
- Ruolo privato

Vantaggi:

- Presa in carico e lettura dei bisogni allargata (progetto di salute)
- Rottura degli schemi di rapporto MMG utente che in alcune situazioni erano insostenibili
- Servizi forse integrati
- Luogo visibile

Casa della Comunità: occasione per un welfare partecipativo della comunità, non solo erogazione di prestazioni

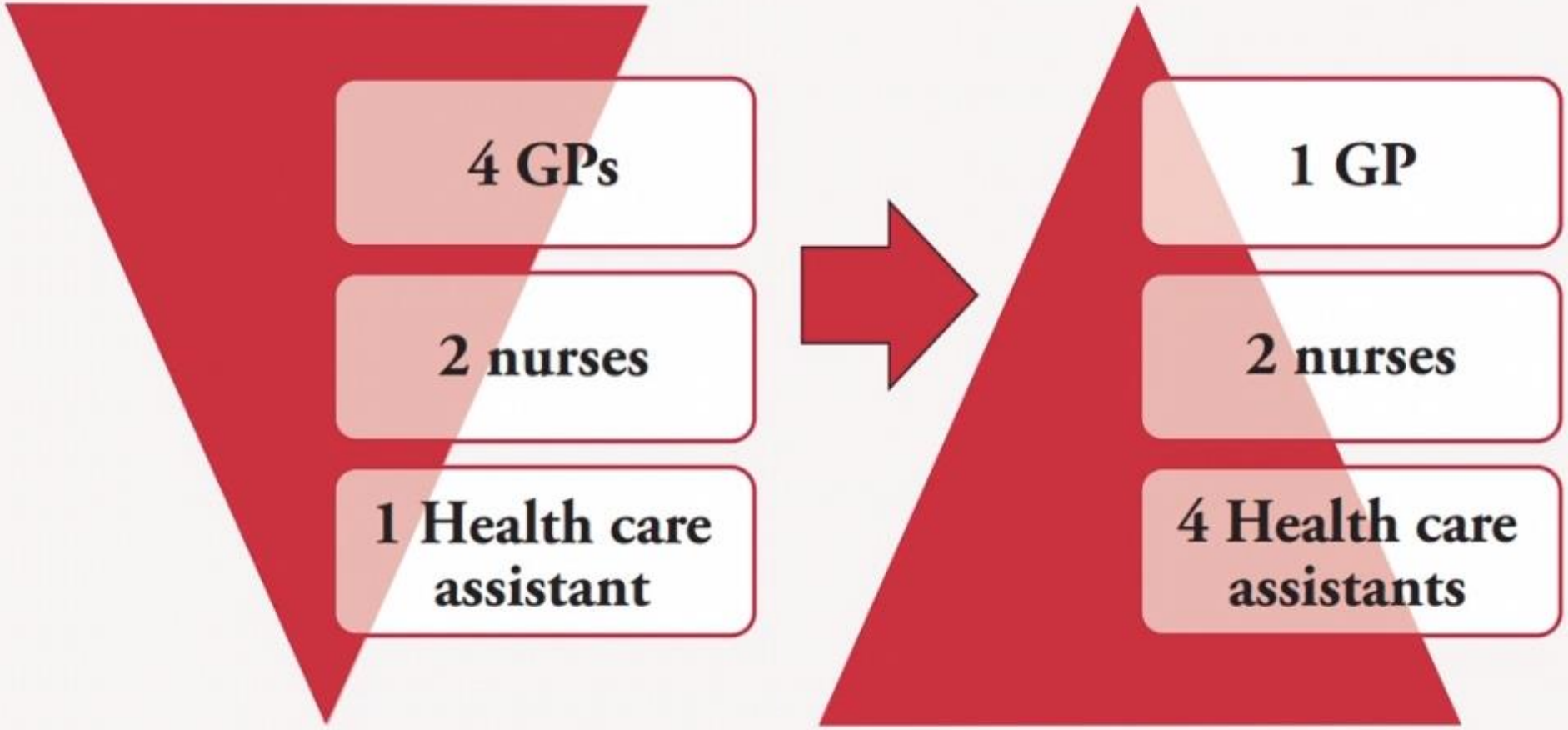

Celibi/Nubili
Coniugati/e
Vedovi/e
Divorziati/e
Età
Anno di nascita
Maschi
Femmine
100+
95-99
90-94
85-89
80-84
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
1920 o prima
1921-1925
1926-1930
1931-1935
1936-1940
1941-1945
1946-1950
1951-1955
1956-1960
1961-1965
1966-1970
1971-1975
1976-1980
1981-1985
1986-1990
1991-1995
1996-2000
2001-2005
2006-2010
2011-2015
2016-2020
2.800.000
2.100.000
1.400.000
700.000
0
700.000
1.400.000
2.100.000
2.800.000
Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021
ITALIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

- comprende almeno l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli;(…); l'assistenza sanitaria materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; l'immunizzazione contro le principali malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali; un appropriato trattamento delle malattie e delle lesioni più comuni; la fornitura dei farmaci essenziali

- livello locale e ai livelli di riferimento l'assistenza sanitaria primaria dipende dagli operatori sanitari, comprendendo di volta in volta i medici, gli infermieri, le ostetriche, il personale ausiliario e gli operatori di comunità, come pure dalle figure professionali tradizionali quando necessario essi devono essere adeguatamente preparati di vista sociale e tecnico, a lavorare come una squadra per la salute e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità.

TEAM	BENEFICI AI PAZIENTI	BENEFICI AI MEMBRI	BENEFICI ORGANIZZATIVI
- Migliore coordinazione dei servizi - Uso migliore del sistema - Percorsi condivisi standardizzati - Comunicazione interna ed esterna - Riduzione dei costi - Obiettivi di gruppo non del singolo	- Maggiore soddisfazione - Maggiore accettazione del trattamento - Outcome di salute migliori - Riduzione errori	- Divisione dei compiti - Valorizzazione delle doti del singolo - Responsabilità condivise - Riduzione del burn out - Migliore qualità di lavoro - Migliore qualità di vita extra lavorativa	- Riduzione tempi e costi ospedalizzazione - Riduzione ospedalizzazioni in acuto - Migliori servizi - Servizi più accessibili

Figure 12.2: Yorkshire and Humber – 'Toblerone Model'



Primary

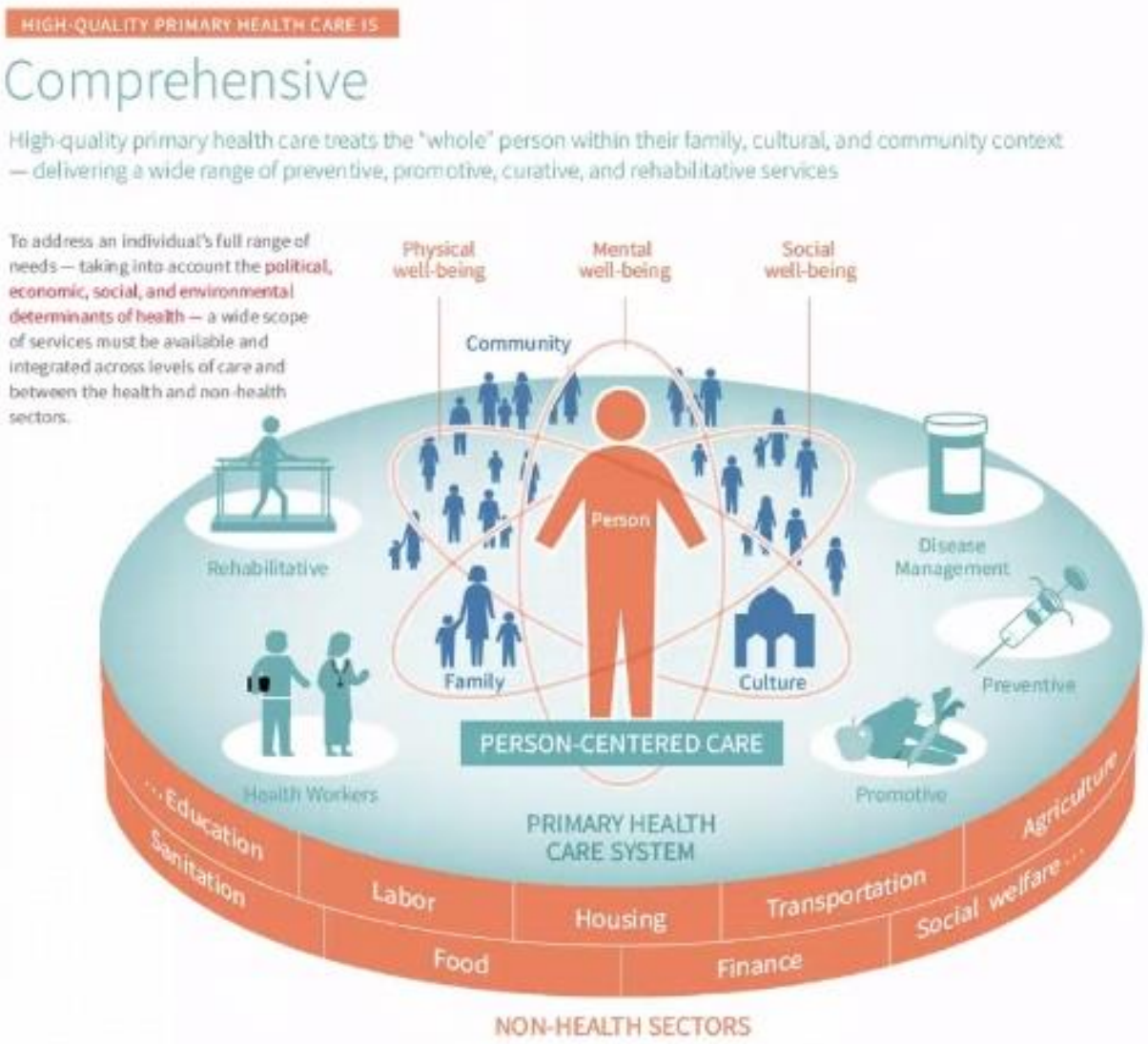
- Livello fondamentale dell'assistenza, non si intende in senso gerarchico

Health

- La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità OMS 1948

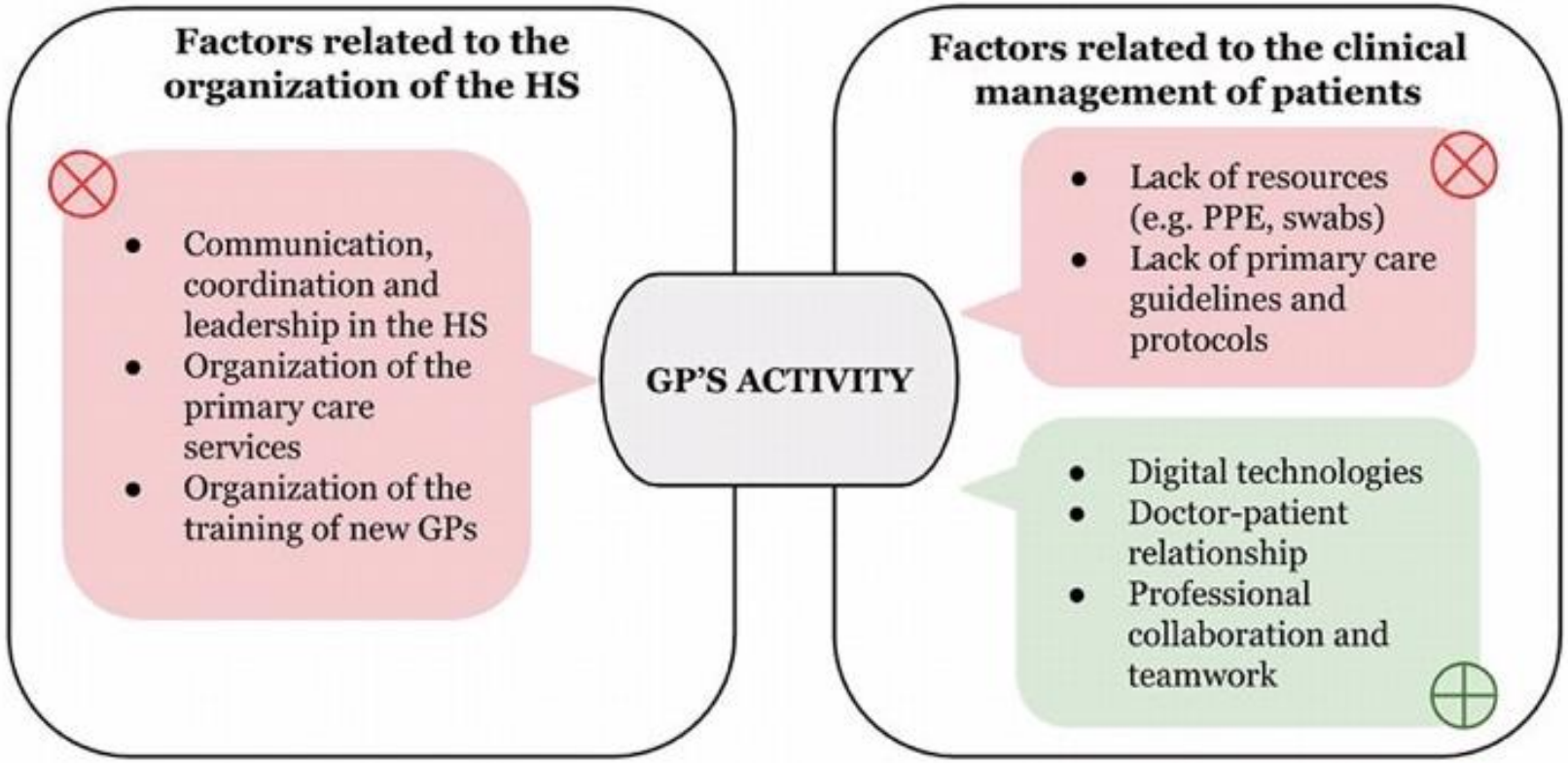
Care

- In Italia tradotto con CURA, ma va inteso in senso multidimensionale CURA + PRENDERSI CURA



CONCETTI CHIAVE

- Centralità della persona versus centralità della patologia
- Modello bio-psico-sociale
- Organizzazione del sistema partendo dai bisogni
- Community building: meccanismi di collaborazione, co-organizzazione e co-responsabilità
- Integrazione di settori diversi



General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study

Peter Konstantin Kurotschka1*† Alice Serafini2†, Michela Demontis3, Arianna Serafini4, Alessandro Mereu5, Maria Francesca Moro6, Mauro Giovanni Carta1 and Luca Ghirotto7 on behalf of the Research Team of the Giotto Movement

The Myth of the Lone Physician: Toward a Collaborative Alternative

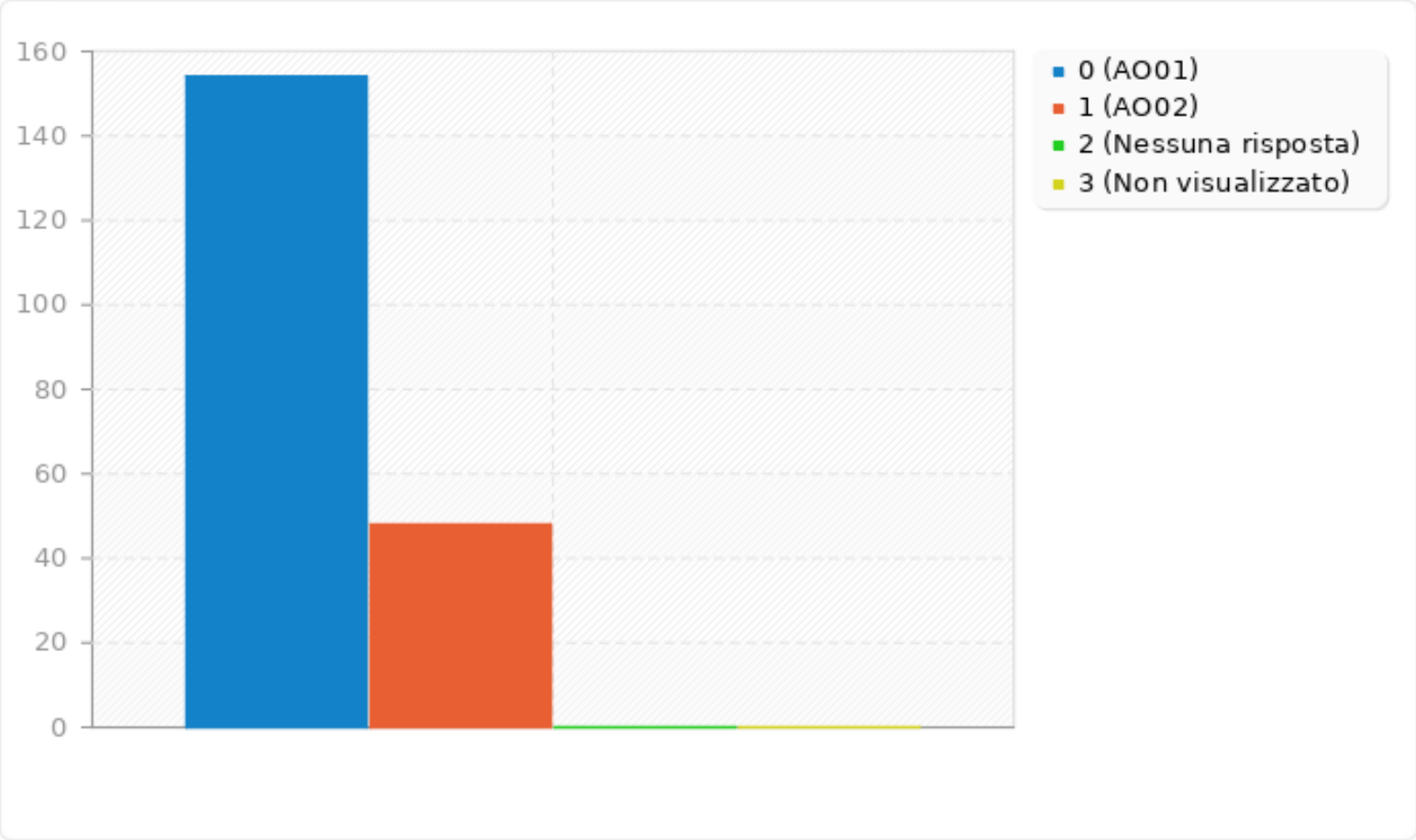
George W. Saba, Teresa J. Villela, Ellen Chen, Hali Hammer and Thomas Bodenheimer

The Annals of Family Medicine March 2012, 10 (2) 169-173; DOI: https://doi.org/10.1370/afm.1353

In this new myth, the individual hero becomes the heroic team. It can evolve only in the context of a major paradigm shift in the practice of primary care, a fundamental change in societal expectations of patients and physicians, and an innovative way to train the next generation of healers. We should not abandon the noble ideals and treasured values of the myth of the lone physician but find a way to transform them into a collaborative alternative, as we move from “I” to “we.

Indagine sulla propensione al lavoro multidisciplinare dei MMG

Alla luce dei cambiamenti proposti (es. Casa di Comunità), accoglieresti l'idea di lavorare in un contesto multidisciplinare con più professionisti?



Indagine sulla propensione al lavoro multidisciplinare dei MMG

Risultati:

- Alla luce dei cambiamenti proposti (es. Casa di Comunità), il 76.24% dei partecipanti accoglierebbe volentieri l'idea di lavorare in un contesto multidisciplinare con più professionisti.

- La percentuale varia dal 67% se si considerano solo i MMG sopra i 50 anni fino all’88.31% se a rispondere sono MMG sotto i 40 anni.

- L’85.71% dei corsisti partecipanti al questionario (la percentuale raggiunge la quota del 95% se si considerano solo i corsisti al I e al II anno) aderirebbe a lavorare in un contesto multidisciplinare.

ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Dal Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie: una nuova visione

L'Accordo Collettivo Nazionale definisce un **rapporto di lavoro libero professionale convenzionato** che non solo non favorisce ma in molti casi **ostacola l'integrazione del MMG all'interno della rete** assistenziale permettendo o addirittura agevolando che questi **professionisti rimangano nella sostanza dei "solisti"**.

La Medicina Generale **deve essere riformata** sotto due fondamentali aspetti: quello **organizzativo/contrattuale** e quello **culturale/scientifico**: il secondo aspetto deve guidare il primo, ovvero: l'organizzazione del lavoro e la forma contrattuale devono essere funzionali alla realizzazione del modello di cure primarie desiderato e non il contrario che è ciò che avviene dal 1978 ad oggi.

ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Qual è il problema

- Non è la figura del MMG ad essere inadeguata
- Il problema è come il MMG è connesso con la rete e come la rete è strutturata
- Solo all'interno di un disegno complessivo chiaro, certamente non fatto solo di MMG, ma con i MMG insieme a tutti gli altri professionisti della salute e del sociale, è possibile valorizzare il loro ruolo
- Quindi: anche i MMG dovrebbero lavorare in equipe multiprofessionali:
  - nella Casa della Comunità
  - in una Microarea connessa con la sua Casa della Comunità

CONCLUSIONI

- L'idea alla base delle cure primarie dovrebbe essere quella di fornire un **riferimento sanitario per ogni persona**, dove un gruppo di lavoro diversificato, ma integrato, può dare risposte olistiche e integrate alle domande di salute degli utenti in un **approccio "comprehensive"**.

- Nella sanità del futuro, la casa di comunità dovrebbe essere il fulcro della vera assistenza primaria, dove il MMG, con uno sguardo al passato e a quella conoscenza che i medici del territorio avevano dei propri utenti e delle loro famiglie, ma con un approccio alla medicina decisamente contemporaneo che trova nella **multidisciplinarietà** il suo punto di forza, offre non solo la diagnosi e il trattamento di malattie acute e croniche, ma anche e soprattutto prevenzione, educazione del paziente, ma anche empowerment degli stessi, per una integrazione sociale e sanitaria per una presa in carico risolutiva.

- In questa sede il MMG, grazie al supporto amministrativo presente in queste strutture e al supporto infermieristico, potrebbe finalmente smettere di essere un burocrate ed iniziare ad essere senza limitazioni un **clinico, specialista della medicina territoriale**, figura così tanto sperata ma lontana dall’essere reale.

GRAZIE

Da giovani e futuri di medici di medicina generale, speranzosi di vedere un cambiamento e un miglioramento nella sanità territoriale, il nostro timore è quello di essere ancora lontani dall'idea vera di un modello di organizzazione integrato e multidisciplinare, ma di essere solo davanti l'ennesima corsa all'apparenza

movimento GIOTTO
WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG
Giovani Medici di Medicina Generale

ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA