



Il ruolo della medicina generale nella Casa di Comunità: il nostro punto di vista

Description

Dott. Antonio Cosimo Tripoli, Dott. Nicola Sabatino, Dott.ssa Valeria Carluccio, Dott.ssa Viola Freschi, Dott. Andrea Ammannati, Dott. Niccolò Cardini, medici dell'AFT 26 Valdiseive.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni è stato evidenziato un importante *trend* di invecchiamento della popolazione italiana con relativo aumento di incidenza di patologie croniche, andando a rappresentare circa l'80% dei costi sanitari.

Questi cambiamenti demografici ed il loro impatto economico rendono necessaria una riforma della medicina territoriale tale da poter svolgere un ruolo chiave nella prevenzione e presa in carico del paziente cronico.

Il nuovo Piano della Cronicità (PNC) edizione 2024 mette in evidenza come la base per ogni riforma del SSN debba essere l'accesso equo all'assistenza sanitaria e la riduzione delle disuguaglianze, in particolare per i pazienti con condizioni croniche. Sottolinea inoltre la necessità di servizi sanitari integrati che considerino sia i bisogni medici che quelli sociali ed evidenzia l'importanza di politiche aggiornate per affrontare il panorama in evoluzione delle malattie croniche in Italia.

Si pensi che le malattie croniche (MCNT- Malattie croniche non trasmissibili) tra cui le principali sono le malattie cardiovascolari (cardiopatie e ictus), il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche – insieme alla salute mentale, causano quasi tre quarti dei decessi nel mondo (fonte OMS).

Il PNC intende definire strategie per una migliore gestione delle malattie croniche, tra cui la diagnosi precoce, piani di cura personalizzati, monitoraggio continuo e coinvolgimento dei pazienti e dei *caregiver* nell'assistenza.

Tutto questo richiede un importante passo avanti della medicina territoriale che è chiamata a farsi cardine nelle azioni di prevenzione nella popolazione sana e presa in carico del paziente cronico a tutti i livelli di complessità, al fine di migliorare la gestione di prossimità e ridurre il ricorso ad ospedalizzazioni evitabili, gravose per il benessere del cittadino e per le finanze di un SSN sempre più in difficoltà.

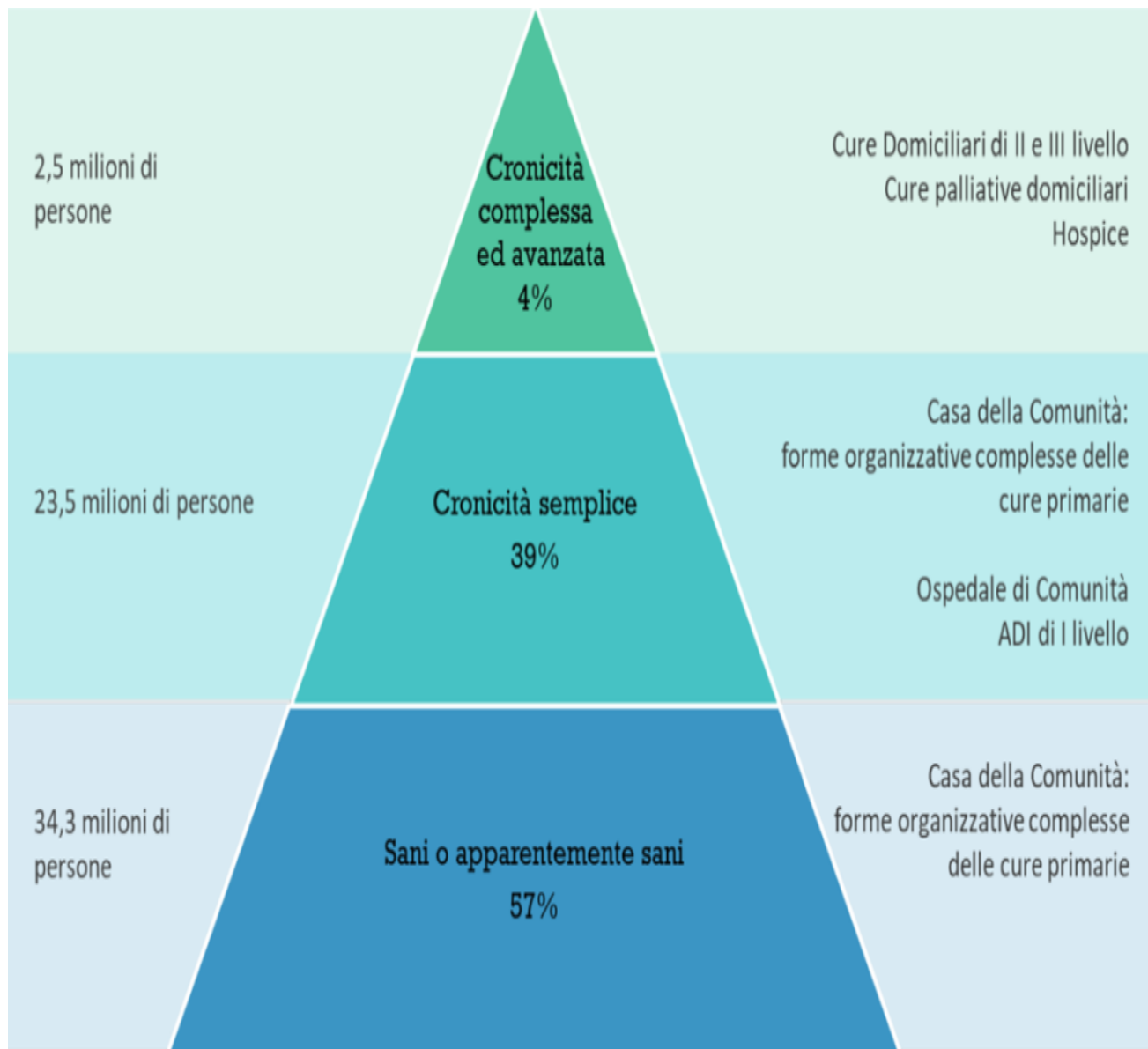
OBIETTIVI DEL PROGETTO

Oggi i medici di medicina generale sono organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con a capo il Direttore del Dipartimento di Medicina Generale; essi in questa riforma rivestono un ruolo chiave nella coordinazione di più figure socio sanitarie sempre più specializzate e complesse.

Tuttavia un'organizzazione così articolata, le AFT, e la stessa popolazione di assistiti necessitano di un riferimento fisico

strutturale. Questi punti di riferimento sono identificati nelle Case della Comunità (CdC) *hub* e *spoke* e rappresenteranno i luoghi fisici di aggregazione e gestione dei servizi territoriali per l'assistenza e le cure, nei quali il medico a ruolo unico potrà interfacciarsi e collaborare con tutti i professionisti coinvolti nel percorso di prevenzione e cura del cittadino.

Il progetto intende delineare i processi di cura, i percorsi assistenziali e le figure professionali che andranno ad operare in tali strutture complesse e multidisciplinari per la gestione dei pazienti cronici semplici e complessi, dei pazienti fragili, degli assistiti sani o apparentemente sani.



MODELLO ORGANIZZATIVO

Nella riforma indicata dal DM/77 la CdC è il cardine della nuova organizzazione territoriale.

In questa struttura opereranno in modo integrato e multidisciplinare diversi professionisti della salute e del sociale, come medici di medicina generale (MMG) a ruolo unico, pediatri, specialisti, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti sanitari con l'obiettivo di fornire servizi completi ai cittadini ed ai pazienti cronici e rispondere ai diversi bisogni della comunità.

Vi saranno due tipologie di strutture:

Hub (Casa della Comunità Hub), una struttura centrale che offre una vasta gamma di servizi sanitari e sociali specializzati

e completi. Dotata di *équipe* multidisciplinari che forniscono assistenza per periodi estesi (ad esempio, copertura medica h24/24, 7/7 giorni, assistenza infermieristica per 12 ore al giorno, servizi diagnostici, assistenza ambulatoriale specialistica, servizi di prevenzione e promozione della salute). L'*Hub* rappresenta il riferimento principale per le cure più specialistiche e raccordo tra differenti servizi socio sanitari. E' collegato a strutture più piccole, gli *Spoke*.

Spoke (Casa della Comunità Spoke), è rappresentato da strutture più piccole e localizzate che offrono servizi sanitari di base (LEA). Queste strutture forniscono servizi di cure primarie attraverso *équipe* multidisciplinari, assistenza infermieristica e alcuni servizi specialistici ambulatoriali. Operano con orari di servizio meno estesi rispetto agli *Hub* (ad esempio, presenza medica e infermieristica per almeno 12 ore al giorno, 6/7 giorni) e sono strategicamente situate in aree rurali e meno coperte dal punto di vista sanitario per migliorare la prossimità e l'accessibilità alle cure a tutti i cittadini. Gli *Spoke* dovranno essere sviluppati mettendo in connessione più ambulatori di medicina generale già esistenti, evolvendo le attuali medicine di gruppo e dovranno essere localizzati a distanze ravvicinate ed adeguate alla densità della popolazione in quelle zone geografiche.

Coordinamento tra Hub e Spoke: le strutture *Hub* e *Spoke* sono interconnesse, consentono percorsi di cura coordinati e tramite essi i pazienti possono accedere a servizi più specializzati nell'*Hub* quando necessario; mentre i cittadini possono ricevere cure continue e primarie nelle strutture *spoke* più vicine alle loro abitazioni.

Inoltre, un'altra grande conquista sarà dettata dalla possibilità di mettere in rete ogni singola AFT. Ciò permetterà la condivisione delle cartelle cliniche tra i Medici a ruolo unico afferenti alla stessa AFT, passo fondamentale per una migliore qualità della presa in carico delle problematiche sanitarie dei pazienti.

Il medico a ruolo unico in questa nuova organizzazione sarà una figura chiave, che garantirà la sua presenza nelle varie strutture e il sarà artefice del coordinamento tra le differenti figure sociosanitarie.

Lo svolgimento delle 12 ore notturne e quelle diurne di prefestivi e festivi potrebbero essere garantite dai medici con impegno a ciclo orario, vi sarà così una migliore continuità assistenziale di primo livello per la gestione di patologie acute di carattere non emergenziale.

Lo svolgimento delle 12 ore diurne saranno svolte in collaborazione tra i medici a ciclo di scelta e ciclo orario o meglio declinati a ruolo unico. Ciò servirà per garantire, da un lato un'azione di studio ed elaborazione dei bisogni assistenziali degli assistiti, dall'altro per garantire supporto nella gestione dei pazienti cronici anche domiciliari. Per ciò che concerne le RSA e le RSD verrà garantita una migliore assistenza e presa in carico dei paziente ultrafragili.

In base alla reale disponibilità del personale medico a ciclo orario, in modo da incidere positivamente sugli accessi impropri in DEA, avremmo pensato la costituzione di **ambulatori pomeridiani per la gestione delle acuzie**, per tutti quegli eventi patologici insorti al di fuori dell'orario di apertura dello studio del medico a ruolo unico con rapporto di fiducia. Solo un confronto costruttivo con le autorità locali (i sindaci), il direttore della Società della salute e politiche sociali della Zona distretto ed il referente di AFT permetterà di identificare la/le sedi ove aprire tali ambulatori per le acuzie.

Nel rispetto del mantenimento del rapporto fiduciario e di prossimità, il medico a ruolo unico potrà svolgere l'attività oraria, come previsto dal decreto (DM/77), all'interno delle strutture della CdC *hub* o *spoke*, occupandosi di progetti finalizzati alla gestione della prevenzione, cronicità e medicina di iniziativa. Potrà interfacciarsi con il Distretto sanitario di appartenenza per lo sviluppo di iniziative di *screening* e prevenzione in base ai bisogni sanitari della popolazione.

A tale scopo il medico dovrà essere supportato e dotato di strumenti per la diagnostica rapida (tests) e strumentazione di primo livello (ecografo, elettrocardiografo, spirometro, doppler per ABI, ecc).

I medici, su base volontaria, dovranno seguire e superare corsi di formazione specifici.

E' prevista necessariamente la possibilità di eseguire teleconsulto specialistico.

Il decreto (DM/77) promuove inoltre l'uso della telemedicina per migliorare l'accessibilità alle cure. Gli *Hub* e gli *Spoke* devono raccogliere tale sfida per ridurre, laddove necessario, la barriera delle distanze.

Infine, i MMG, nell'intento di evolvere la loro professione, avranno un ruolo fondamentale nell'utilizzo di strumenti digitali per il monitoraggio in remoto dei pazienti, la gestione delle terapie a distanza e la consulenza virtuale, facilitando così l'accesso alle cure e riducendone l'obbligo di spostamento dei pazienti ed il loro trasporto da parte di familiari o da parte del privato sociale.

La collaborazione con le differenti figure professionali potrà essere garantita dalla messa *online* di tutte le cartelle cliniche dei pazienti, nel rispetto della legge sulla *privacy*, implementando il superamento di alcune barriere. In tale modo vi sarà una maggiore integrazione nell'operato di tutti. Il medico di medicina generale avrà quindi la possibilità di interfacciarsi direttamente con specialisti medici e professionisti socio sanitari attraverso canali preferenziali, così da poter indirizzare il bisogno dell'assistito nei modi e nelle tempistiche più adeguate.

Il rapporto anche con figure extra territoriali potrà essere garantito da piattaforme digitali condivise così da rendere più rapido e accessibile il teleconsulto.

Queste attività potranno essere svolte anche all'interno delle CdC *spoke*, laddove presenti, negli orari extra ambulatoriali aggiuntivi e adeguatamente rendicontate.

CONCLUSIONE

Il DM 77 propone ed impone un cambiamento significativo nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale in Italia.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale si evolve verso una maggiore collaborazione interprofessionale e un'integrazione più profonda con le strutture territoriali, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario.

Un modello organizzativo come quello proposto pone come sintesi di riflessione tre tematiche centrali:

Impatto Positivo Potenziale, se implementata con successo, la riforma potrà migliorare l'efficienza del sistema sanitario, ridurre i costi a lungo termine e fornire un'assistenza più personalizzata e prossima ai bisogni sia dei pazienti che di quella fascia di popolazione definiti come soggetti "sani o apparentemente sani" che rappresentano il 57% della popolazione assistibile.

Approccio Innovativo, il progetto propone un approccio moderno e integrato alla sanità territoriale, puntando sull'integrazione dei servizi e sulla digitalizzazione.

Sfide Potenziali, l'implementazione richiederà un significativo coordinamento tra le diverse entità del sistema sanitario e una formazione adeguata per il personale coinvolto. La transizione potrebbe incontrare resistenze culturali e logistiche, ma superabili ed implementabili con un'adeguata campagna di informazione a carattere aziendale, regionale e nazionale.

CATEGORY

1. Lettere alla rivista

Category

1. Lettere alla rivista

Date Created

Ottobre 2024

Author

redazione-toscana-medica

Meta Fields

Views : 312

Nome E Cognome Autore 2 : Dott. Nicola Sabatino, Dott.ssa Valeria Carluccio, Dott.ssa Viola Freschi, Dott. Andrea Ammannati, Dott. Niccolò Cardini

Nome E Cognome Autore 1 : Dott. Antonio Cosimo Tripoli