



AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO – VASTO - CHIETI

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER
MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

ANNO 2018

LA MEDICINA D'INIZIATIVA

A cura di:

Dott.ssa Gabriella Ianiro, MMG, Animatore di Formazione ASL Lanciano-Vasto –Chieti

Dott. Simone Furfaro, Referente ASR Abruzzo

INDICE

Obiettivi del corso	Pg 2
Cos'è la Medicina d'Iniziativa	“ 4
Il modello Toscano di presa in carico e gestione della Cronicità (CCM, ECCM)	“ 5
Il ruolo del Distretto nel management della Cronicità sul territorio (AFT, UCCP, Case della Salute, Cure Intermedie)	“ 12
Altri modelli regionali di Medicina d'Iniziativa	
• Emilia e Romagna	“ 19
• Lazio	“ 24
• Abruzzo	“ 26
Considerazioni conclusive	“ 30

Obiettivi generali del corso:

trasmettere i principi fondamentali della Medicina di iniziativa che costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità e che fa riferimento al Chronic Care Model, basato sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione ed addestramento) ed i medici, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari. Alla base del funzionamento del modello e dell'efficacia dell'intervento è la costruzione di un team assistenziale composto dal medico di medicina generale e da personale infermieristico, che hanno un riferimento specialistico nelle UCCP, sede strutturata delle AFT, che lavorano assieme secondo percorsi assistenziali di riferimento, ma calibrati sulla base delle caratteristiche del singolo paziente.

Obiettivi specifici:

illustrare ai discenti le modalità con cui le diverse regioni italiane stanno dando attuazione alle indicazioni contenute nell'art.1 della Legge 189/2012 e dall'art.5 del Patto per la Salute 2014-2016, relativamente alle forme organizzative dell'assistenza primaria. In particolare verranno illustrati i diversi modelli adottati, nonché le iniziative intraprese per qualificare le Aggregazione Funzionali Territoriali e le Unità Complesse di Cure Primarie, quali elementi fondamentali del Distretto Socio-Sanitario, integrazione con la rete dei servizi aziendali. Sarà illustrato, inoltre, il modello Casa della Salute e la funzione che la stessa svolge nell'ambito di un approccio basato sul Chronic Care Model. Si illustreranno, infine, le funzioni previste per l'Ospedale di Comunità, disciplinato nel DM Salute 70/2015 e le funzioni delle cure intermedie nei diversi sistemi sanitari regionali.

INTRODUZIONE

Le malattie croniche sono in costante aumento rappresentando l' 85% degli attuali costi sanitari. La sanità si trova a gestire una popolazione sempre più ampia costituita da pazienti anziani fragili affetti da multiple patologie. Il sistema sanitario nazionale, che si è sviluppato su un modello 'ospedale-centrico' per inseguire la crescita esponenziale delle tecnologie, oggi non è più sostenibile. Senza dimenticare che la medicina oggi deve affrontare anche il tema dei costi. Da qui la necessità di soppiantare la medicina d'attesa con un nuovo modello organizzativo assistenziale: la medicina di iniziativa, volta ad intervenire prima dell' insorgenza delle complicanze e ad evitare così la spesa pesante della malattia cronica grave.

Che cos' è la medicina d'iniziativa:

un nuovo modello organizzativo-assistenziale proattivo volto alla gestione dei pazienti affetti da patologie croniche. Contrapposta alla medicina d'attesa mirata a dare risposte ad un bisogno espresso dal paziente, la medicina d'iniziativa si basa prevalentemente su una strategia di prevenzione attraverso risposte su bisogni mai espressi da persone sane. Il punto cardine della medicina d'iniziativa consiste nella ricerca e nel richiamo attivo di pazienti per l'attuazione di interventi e/o controlli programmati andando a modificare stili di vita e correggendo eventuali fattori di rischio (medicina anticipatoria). In base al livello di rischio, classicamente individuato dalla «piramide» del rischio, sono attivati specifici percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), derivati dall'esperienza (*Evidence Based*) e dalle linee guida e supportati da misure di prevenzione e di educazione sanitaria. Il modello di riferimento per la Sanità di Iniziativa è il *Chronic Care Model*, che pone il paziente, adeguatamente formato e sensibilizzato (*Empowerment*), al centro di un modello assistenziale multiprofessionale, basato sull'interazione tra diversi operatori. Il principale limite è rappresentato dall'intrusività ed onerosità della gestione. La medicina d'iniziativa non è da confondersi con la medicina d'opportunità, un'altra modalità di medicina anticipatoria, ma consistente in un'azione di prevenzione attuata su persone che si rivolgono al medico per altri motivi. Le principali novità della medicina d'iniziativa rispetto alla medicina d'attesa sono:

- si parla di salute non più di sanità
- si attuano programmi condivisi e non individuali
- si prende in carico una comunità e non singoli individui

Si può praticare medicina d'iniziativa togliendo una specialistica dove è sostituibile dalla tecnologia a basso costo gestita dal medico di medicina generale: un elettrocardiogramma, per esempio, lo può e lo deve fare il medico di medicina generale, non serve andare dal cardiologo. Bisogna attrezzare il medico con competenze generaliste specialistiche, riservando alla consulenza dello specialista un livello di complessità maggiore. I vantaggi della medicina d'iniziativa sono rappresentati dal mettere in atto strategie di prevenzione innovative, efficaci su soggetti sani e su soggetti con fattori di rischio. Sicuramente tra gli svantaggi vi sono costi, impegno notevole, organizzazione, programmazione, intrusività e cambio di organizzazione ambulatoriale. Affinchè possa essere attuabile, la medicina d'iniziativa necessita di competenze professionali adeguate, linee guida ed EBM applicabili, protocolli e procedure, risorse adeguate (infrastrutture, infermiere, segretaria), adeguamento informatico, multidisciplinarietà, informazione della popolazione, management della cronicità, management dei bisogni emergenti (acuzie).

Medicina d'iniziativa: situazione attuale in Italia

Ci sono due posizioni contrapposte, quella **strutturalista** (la struttura e il pubblico domina la programmazione e l'erogazione), l'altra **funzionale**. Sono due rappresentazioni estreme che troviamo applicate in **Toscana** –funzionale – e in **Emilia-Romagna** – strutturale. Poi ci sono una serie di ibridi in tutta Italia. In Emilia-Romagna la struttura organizza l'assistenza primaria, varie professionalità intervengono sotto un'unica regia e il medico di medicina generale interviene come consulente competente, come specialista della non specialistica. In Toscana invece, il medico di medicina generale è centrale nel sistema e la risposta ai bisogni è costruita sul binomio rapporto fiducia e contesto. Un esempio sono le prime esperienze di “**casa della salute**”. Il distretto in sostanza si frammenta e va sul territorio: le case della salute vengono costruite sulle esigenze specifiche.

Il modello toscano di presa in carico e gestione della cronicità

La sanità di iniziativa: il Chronic Care Model

La Toscana con il PSR 2008-2010 ha deciso di dare una svolta alla presa in carico dei soggetti affetti da alcune patologie croniche passando «dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa».

Tale nuovo approccio per la gestione dei malati cronici, ha conseguito nei primi sei anni ottimi risultati in termini di salute, di diminuzione di mortalità, di soddisfazione di pazienti e medici. Questi risultati hanno consentito a Regione Toscana di diventare Reference Site per l'invecchiamento attivo.

I temi cardini del Piano in tema di cronicità sono:

- a) Orientare l'attività verso «chi meno sa e meno può», ovvero le fasce di popolazione più fragili
- b) Assumere il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga o prima, comunque, che insorgano le complicanze
- c) Prevenire la disabilità causata dalle malattie croniche

Con queste premesse innovative la Regione Toscana ha dato il via ad un percorso nuovo, proattivo, integrato sul territorio.

Gli step per arrivare all'attuazione della Sanità di Iniziativa sono stati i seguenti:

- Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- Consensus Conference «La medicina d'iniziativa sul territorio: i ruoli professionali» nel 2008
- Parere del Consiglio Sanitario Regionale sul modello CCM e ECCM
- Accordo Integrativo Regionale con la MMG del 2009
- Accordo Integrativo Regionale con la MMG del 2012

Il modello della Sanità di Iniziativa è stato inizialmente il Chronic Care Model (CCM), per poi passare all'Expanded Chronic Care Model (ECCM). Gli aspetti clinici del CCM sono integrati da quelli di Sanità Pubblica in un'ottica di Community Oriented Primary Care.

Expanded Chronic Care Model

Negli ultimi 10 anni è stata sviluppata una versione allargata (“expanded”) del chronic care model, caratterizzata dall’integrazione degli aspetti clinici tipici delle patologie croniche con quelli di sanità pubblica, quali:

- La prevenzione primaria individuale (contrasto dell’abitudine al fumo, prevenzione dell’abuso di alcool)
- La prevenzione primaria collettiva (vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica)
- Attenzioni ai determinanti sociali della salute propri della comunità locale interessata.

Alla base del funzionamento del modello e dell’efficacia dell’intervento vi è la costruzione di un team assistenziale composto dal MMG (medico di medicina generale) e da personale infermieristico, che hanno un riferimento specialistico nelle UCCP sede strutturata delle AFT (Associazioni funzionali territoriali) che lavorano assieme secondo percorsi assistenziali di riferimento, ma calibrati sulla base delle caratteristiche del singolo paziente. La gestione della malattia è orientata ad un approccio di prevenzione secondaria, per gli aspetti di terapia e di miglioramento della capacità di gestione della patologia, e di prevenzione primaria per il controllo dei maggiori fattori di rischio (diabete, fumo, ipertensione, ipercolesterolemia, inattività fisica etc...). La presa in carico, per i pazienti a maggiore complessità coinvolge attivamente all’interno del patto di cura anche i familiari e i caregiver. All’interno dei percorsi assumono un significato importante anche i programmi di supporto all’autocura (Progetto IDEA) e il ricorso ad attività fisica (AFA). Il progetto di sanità d’iniziativa riveste un’importanza strategica nel modello assistenziale toscano. Il progetto attivato nel 2010 era basato sulla presa in carico di cinque patologie, per le quali vengono attivati i PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale): diabete mellito tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), pregresso ictus/TIA (Attacco ischemico transitorio), ipertensione arteriosa. Negli anni la sanità d’iniziativa si è estesa fino a coinvolgere oltre il 59% degli assistiti.



Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Expanded CCM)



CCMRT : patologie conclamate (Diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Ictu)

Nel 2016, a seguito dei risultati dell'analisi dei dati di impatto e dell'avvenuta riorganizzazione della medicina generale, che ha comportato l'attivazione di 116 AFT (Aggregazioni funzionali territoriali), che coprono il 100% dei medici di famiglia, si chiude la fase sperimentale. Il modello assistenziale viene rivisto, anche nella prospettiva di perseguire l'obiettivo di presa in carico del paziente complesso (come previsto dall'accordo regionale con la medicina generale del 2012), e in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità.

**Nuova Sanità di iniziativa. Ambito di applicazione
Delibera Giunta Regione Toscana n. 650 del 5/7/2016**

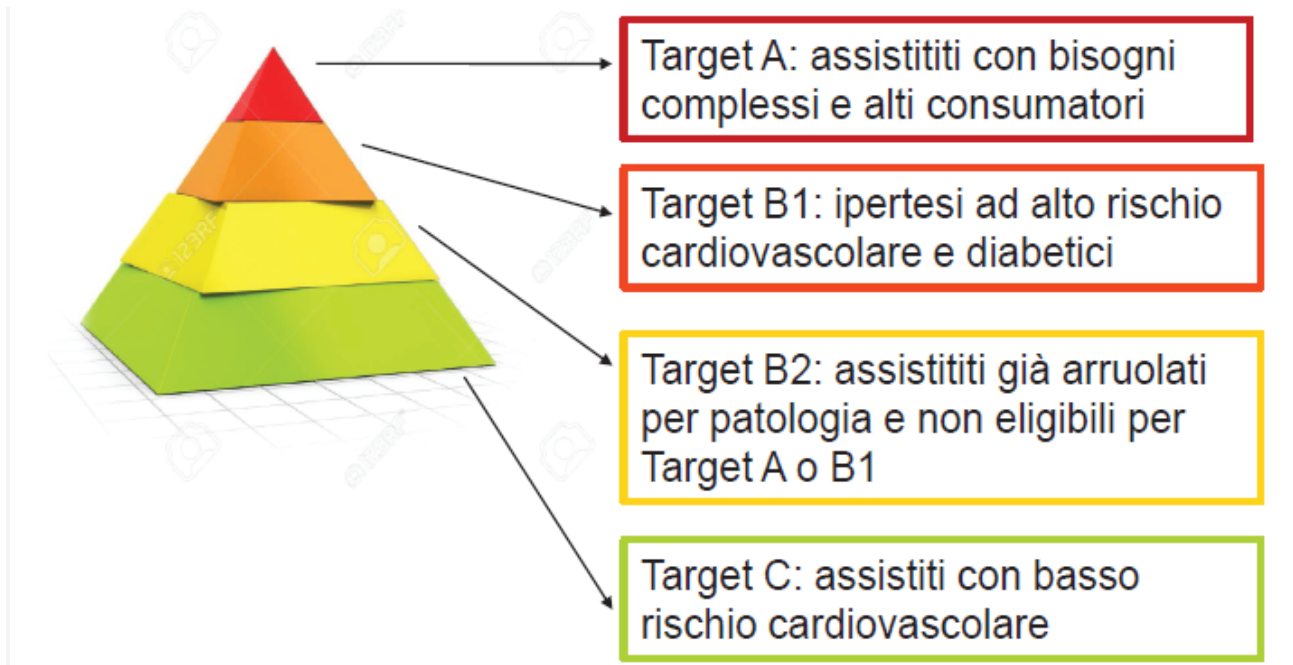
Le caratteristiche principali:

- personalizzazione del percorso
- gestione proattiva del piano di cure
- condivisione della presa in carico da parte di un team multidisciplinare
- continuità assistenziale
- focus sul processo di empowerment
- "patto di cura" fra il team e il paziente
- focus sulla prevenzione, sia primaria che secondaria.

Principali popolazioni target della medicina d'iniziativa:

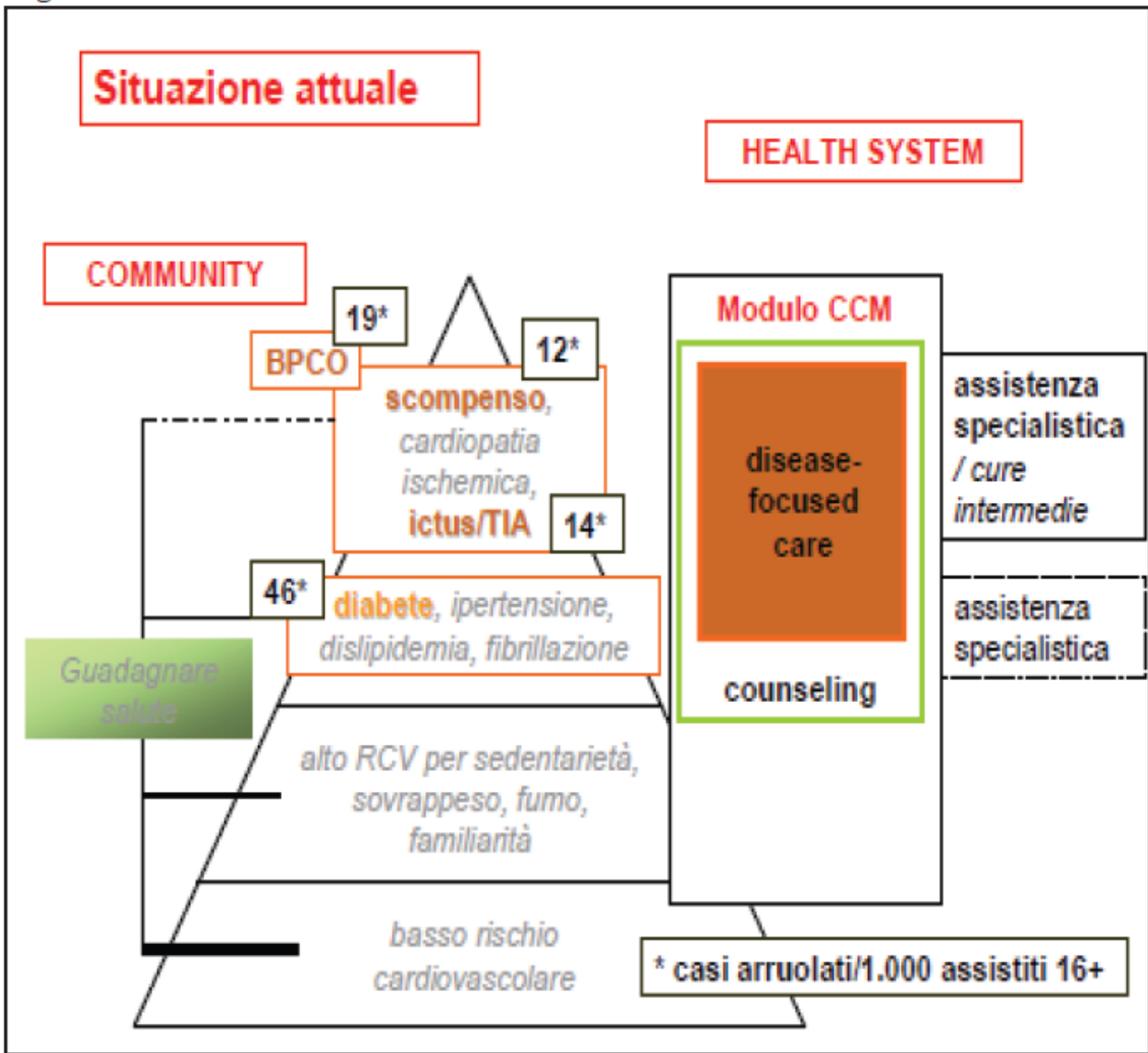
- assistiti complessi, a più alto rischio di ricoveri ripetuti, di presentazioni al pronto soccorso o di consumo, inappropriato perché prevenibile, di altre prestazioni per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali;
- pazienti ipertesi e diabetici ad alto rischio cardiovascolare e pazienti con pregresso evento cardiocerebrovascolare;
- pazienti cronici già arruolati e non eligibili per i due precedenti target, al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione e fino a esaurimento delle liste.

Ambito di applicazione



Attuazione del nuovo modello di medicina d'iniziativa della regione Toscana previsto per l'anno 2018

Parteciperanno al nuovo modello fin da subito i 1.500 medici di medicina generale già aderenti alla sanità di iniziativa, e fin da subito è previsto un ulteriore coinvolgimento di almeno ulteriori 250 medici di m.g. E' previsto un programma formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti nella gestione integrata dei pazienti cronici (mmg, medici specialisti, medici di comunità e infermieri), per poi continuare in modo capillare nelle aziende sanitarie. Le attività prenderanno avvio nel mese di ottobre, i percorsi sui pazienti sono iniziati nel mese di gennaio 2018. I cittadini presi in carico nel nuovo modello di sanità d'iniziativa saranno oltre 230.000.



Il ruolo del Distretto nel Management della cronicità sul territorio

- Integrazione Ospedale-Territorio
- Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio e UVM
- Sanità di Iniziativa
- PDTA e Percorsi Assistenziali
- **AFT e Casa della Salute (UCCP)**
- **Cure Intermedie**

Aggregazioni Funzionali Territoriali

Le AFT sono **aggregazioni monoprofessionali di medici di medicina generale** che devono garantire l'erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale attualmente garantite dal medico singolo o in gruppo e che devono coordinare tra loro interventi e budget di spesa.

In tutta la Toscana, dal 2014, sono costituite 112 AFT, divenute 115 alla fine del 2015. Ogni AFT ha un bacino di circa 30mila abitanti ed è costituita da circa 20-25 MMG e 2-6 medici di continuità assistenziale. La riorganizzazione della Medicina Generale, con l'attivazione delle AFT, porta ad un ampio cambiamento l'assistenza primaria.

La AFT è priva di personalità giuridica. I MMG che la compongono possono essere supportati, previo accordo con l'Azienda, da società di servizio, anche di tipo cooperativo, relativamente alla funzione di garantire ai MMG dell'AFT l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale

Ogni AFT ha un medico coordinatore (eletto dagli altri) che si interfaccia con l'AUSL per il governo delle cure primarie sul territorio ed i rapporti con l'ospedale.

Il coordinatore ha i seguenti compiti:

- indice ed organizza le riunioni dei medici facenti capo all'AFT, rapportandosi con il personale aziendale ed in particolare con i dirigenti del territorio;
- conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della AFT;
- rappresenta i medici dell'AFT nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto e con l'Azienda;

- è garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'AFT del paziente con bisogni complessi
- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'AFT la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della AFT alle campagne di prevenzione collettiva;
- garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;
- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio Sanitario Toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di AFT concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in AFT al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il DEA.

Sarà compito del coordinatore di AFT verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscano una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti Unici di Accesso là dove istituiti.

Fonti Normative: Accordo Collettivo Nazionale (ACN); Accordo Integrativo Regionale

(AIR) - Delibera della Giunta Regionale Toscana n°1231 del 2012

Art. 3.5 DGRT n.1231/2012- Composizione e caratteristiche Medici :

- Medici a ciclo di fiducia odi Assistenza Primaria; medici a rapporto orario
- MMG non inferiori a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria

Assistiti:

-di norma, almeno 30.000 assistiti

-tutti i pazienti che hanno scelto i medici appartenenti alla AFT, indipendentemente dalla residenza

- I moduli della sanità di iniziativa fanno parte della AFT
- l'Accordo Aziendale deve contenere il "BUDGET" a livello di AFT;
- I MMG che compongono l'AFT possono avere, previo accordo con l'Azienda Sanitaria, il supporto di società di servizio, per garantire i fattori di produzione ed il personale.

Le AFT costituite al 30 giugno 2016 sono 115 in tutta la Toscana.

AFT: ASSI PORTANTI...



Il Presidio Territoriale Integrato (PTI)

E' una struttura socio sanitaria nella quale professionisti integrati erogano prestazioni di salute alla popolazione.

L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) risulta essere “una aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento”.

“L'obiettivo generale è quello di svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad affrontare prima di tutto la **cronicità** in tutte le sue varianti:

- “Tutti i medici di MG aderiscono alla medicina d'iniziativa.”
- “Compiti dei MMG nelle sedi di UCCP:
 - Mettere in atto i principi del CCM tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della

prevenzione primaria e secondaria (educazione sanitaria, stili di vita, AFA...)
– Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla
domiciliarità e residenzialità...”

La Casa Della Salute si identifica con l’UCCP (Decreto Balduzzi 2012)



La casa della salute come esempio di integrazione sociosanitaria

La Casa della Salute è la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano **prestazioni sanitarie** (Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti, Infermieri, ecc.) e **socio-assistenziali** per una porzione di popolazione; in essa si vuole realizzare la **presa in carico** delle persone e si attuano **azioni di diagnosi e cura, di prevenzione** per tutto l’arco della vita ed di promozione della salute.

La CdS diventa l’unità di base della produzione/integrazione socio-sanitaria nel territorio.

La Casa della Salute è una struttura che raccoglie in un unico spazio tutta l’offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale locale, dove gli operatori sanitari e sociali lavorano in gruppo con l’obiettivo di creare una utenza informata, partecipe e responsabile che si senta davvero "presa in carico".

Le attività di prevenzione, di cura e di assistenza non si svolgono solo all'interno dell'edificio, ma si realizzano anche fuori di esso, cioè nell'ambiente di vita e di lavoro, nella scuola e al domicilio delle persone. Infatti, la Casa della Salute non è solo un ambiente aperto ed accogliente per le prestazioni ambulatoriali, per l'assistenza diurna, per la riabilitazione e per la residenza degli anziani, ma è un "volano" che porta all'esterno le prestazioni sanitarie e sociali in modo programmato e coordinato per agire sulle determinanti di salute e per favorire la permanenza delle persone malate e invalide nel proprio contesto familiare e sociale. E' il servizio sanitario e sociale che va al cittadino e lo aiuta ad affrontare i problemi di salute e di cura tutte le volte che questo è appropriato, giusto e possibile.

Il Programma delle attività è elaborato annualmente sulla base del Piano integrato di salute e del Piano dei servizi sociali approvati dalla conferenza dei sindaci di Zona.

All'interno della Casa della Salute sono a disposizione dei Medici di famiglia posti di degenza diurna per particolari terapie da eseguire senza ricoverare i pazienti in ospedale o per la continuazione delle terapie alla dimissione dall'ospedale stesso. I Medici di Medicina generale sono coadiuvati da collaboratori di studio per lo svolgimento di pratiche front office, per l'archiviazione dei dati e per le incombenze amministrative delle Cure primarie.

Il medico di guardia medica lavora in stretta continuità con il medico di medicina generale grazie

alla informatizzazione delle cartelle cliniche.

Gli infermieri che operano nella casa della salute, svolgono la loro attività sia negli ambulatori che a casa dei pazienti. Il servizio è organizzato per garantire la presa in carico e la continuità delle cure per tutti i cittadini.

Nella Casa della Salute saranno presenti, con orari programmati dal distretto sanitario diverse specialità: Cardiologia, Diabetologia, Oculistica, Broncopneumologia, Dermatologia, Ginecologia, Psichiatria, Neuropsichiatria infantile, Psicologia. Molte di queste specialità sono inerenti alle malattie croniche previste dal Chronic Care Model e quindi funzionali a sviluppare efficacemente la

“sanità di iniziativa”. L'attività di questi specialisti andrà ad integrarsi con quella dei Medici di famiglia che rimangono sempre i responsabili dei loro pazienti.

Attività di emergenza

Presso alcune Casa della Salute c'è la postazione dell'Emergenza territoriale, intesa come punto di attesa e di partenza delle ambulanze per l'emergenza territoriale.

Attività di prevenzione, la medicina di comunità

Il servizio è svolto da un nucleo di operatori con diverse professionalità (Medici di Comunità, igienisti, Medici del lavoro, infermieri e tecnici), che in collaborazione con il Comune, con altre Istituzioni pubbliche, con le Organizzazioni sindacali dei lavoratori e degli imprenditori e con le Associazioni di cittadini, imposta e realizza interventi di prevenzione primaria sulle determinanti ambientali e sociali che incidono sulla salute della popolazione.

Attività di screening e prevenzione sono predisposte e svolte sulle principali patologie tumorali come il cancro del colon retto, della cervice uterina e della mammella, con una collaborazione tra i Medici di Medicina Generale, gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, gli infermieri e gli operatori sociali. La Medicina di Comunità effettua le vaccinazioni e rilascia le certificazioni medico-legali, partecipa alle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap, ha inoltre il compito di coordinamento di tutte le attività di prevenzione svolte all'interno della Casa e della Salute e di quelle progettate sul territorio.

Area sociale

In alcune Casa della Salute confluiscono e si integrano operativamente le attività sociali dell'Azienda Usl e del Comune. Il Servizio sociale unificato ha, come obiettivo, la razionalizzazione e la facilitazione delle procedure. Garantisce il rapido procedimento delle pratiche amministrative sociali, il pronto intervento sociale, l'accoglienza e la "presa in carico" delle persone con fragilità sociale integrando il proprio operato con quello dei servizi sanitari.

Coordina l'intervento ed il lavoro al domicilio degli operatori delle cooperative sociali convenzionate con il comune e con la Azienda sanitaria.

Il Servizio sociale assicura il corretto utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza e ogni cittadino può rappresentare il proprio bisogno assistenziale dando il via ad un percorso che prevede la valutazione delle domande da parte della unità di valutazione multidisciplinare (UVM) che elaborerà, per gli aventi diritto, un Piano Assistenziale Personalizzato (PAP). Gestisce inoltre le risorse economiche dei Comuni destinate all'assistenza sociale.

Area sociosanitaria

La compresenza di operatori sanitari e sociali nella stessa sede crea le condizioni per realizzare l'integrazione operativa tra sanità ed assistenza, per far fronte ai problemi complessi dei malati oncologici, dei malati terminali, delle dipendenze, della salute mentale, delle persone diversamente abili e degli anziani non autosufficienti.

L'espressione più significativa dell'attività integrata si manifesta nella cosiddetta ADI (assistenza domiciliare integrata) caratterizzata da intervento personalizzato, costruita su misura in base alle necessità, erogata al domicilio dell'interessato da professionisti che sinergizzano le loro competenze.

In base ai servizi erogati si possono individuare 3 tipologie di case della salute:

- 1. CdS Base (I livello):** Lo standard minimo è costituito dalla presenza dei MMG, degli infermieri, il personale di studio. L'integrazione con la specialistica avviene attraverso forme di telemedicina
- 2. CdS Standard (II livello):** I livello + presenza fisica degli specialisti, presenza di personale amministrativo di provenienza aziendale, diagnostica di I livello, presenza dei servizi sociali, laddove è possibile, medici a rapporto orario, punto prelievi.
- 3. CdS Complessa (III livello):** I livello + II livello + tutti i servizi che hanno un preciso riferimento territoriale

Cure Intermedie

Il termine “cura” serve ad indicare che le “Cure Intermedie” definiscono come sanitaria la loro missione, che pertanto deve essere svolta in ambienti di assistenza **accreditati come “sanitari”**, nel rispetto della L. R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010, che comunque ad oggi non contengono riferimenti specifici alle Cure Intermedie.

Il paziente che fruisce delle “Cure Intermedie” è in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in un Ospedale, anche se organizzato per Intensità di Cure, e ancora **non è sufficientemente stabilizzato** per vivere al proprio domicilio.

Le **Cure Intermedie** sono da intendersi come l’allocazione ottimale dei pazienti che non necessitano di degenza ospedaliera in **setting di alta e media intensità di cure**, in riferimento alla

complessità sanitaria e alle specifiche condizioni cliniche ancora esistenti.

Esistono infatti pazienti che possono essere *trasferiti*, *anche se hanno ancora necessità di tutela medica e infermieristica nelle 24 ore*, e pazienti **dimessi in condizioni cliniche meno complesse** che

hanno necessità prevalentemente di cure infermieristiche.

Il primo gruppo viene identificato nelle “**Degenze per Cure a bassa intensità**” e il secondo nelle “**Cure Intermedie**”.



Altri modelli regionali di Medicina d'iniziativa

Emilia e Romagna

DGR 2128/2016 «Casa della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti»

Le Case della Salute come processo di cambiamento dell'assistenza territoriale

Il percorso di sviluppo delle Case della Salute dell'Emilia-Romagna si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione regionale.

Questo processo richiede un profondo cambiamento culturale, non solo delle organizzazioni e dei professionisti, ma anche della popolazione stessa che continua a riconoscere nell'ospedale il punto di riferimento per la risposta ai propri bisogni.

Con le Case della Salute la Regione intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni.

La Regione intende realizzare attraverso le Case della Salute strutture capaci di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale. Queste strutture possono avere diversa complessità assistenziale.

In particolare, **le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino.** In esse operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari) secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari, territorio-ospedale, e tra servizi sanitari e sociali.

La realizzazione di Case della Salute e di Ospedali di Comunità in spazi contigui o all'interno di ospedali di base può rappresentare un'opportunità sia dal punto di vista logistico che funzionale. Tale collocazione rende più facili e più efficienti i percorsi di integrazione tra il livello ospedaliero e territoriale. Può facilitare confronti e collaborazioni tra i professionisti dei vari ambiti, migliorando significativamente la qualità dell'assistenza erogata, sia in termini di fluidità dei percorsi per i pazienti, sia in termini di upgrading delle competenze dei vari professionisti coinvolti.

Le Case della Salute sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della Comunità locale.

Infatti, attraverso il concetto di “casa” e di salute, rispetto a cui l’assistenza sanitaria rappresenta solo uno dei suoi determinanti (e non tra i più importanti), si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme : pazienti, *caregiver*, associazioni di pazienti e cittadini. Le Case della Salute possono diventare parte integrante dell’identità della comunità, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse della comunità, in cui si possa sviluppare empowerment.

Non ultimo, le Case della Salute esprimono appieno gli attuali orientamenti europei e nazionali relativi allo sviluppo dell’assistenza territoriale (DG SANCO, 2014; Legge n. 189/2012; Patto per la Salute 2014-2016).

Nella Casa della Salute a **bassa complessità assistenziale (Spoke)** viene garantito l’accesso H 12 alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative; valutazione del bisogno; assistenza del medico di medicina generale; assistenza del pediatra di libera scelta; assistenza infermieristica (ambulatorio prestazionale e ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità); assistenza specialistica a supporto dei percorsi; assistenza ostetrica; e assistenza sociale.

Nella Casa della Salute a **media/alta complessità assistenziale (Hub)** viene garantito l’accesso H 12 alle funzioni presenti nella Casa della Salute a bassa complessità e alle seguenti funzioni: accoglienza e orientamento (punto informativo); amministrative (Centro Unico di Prenotazione), valutazione del bisogno (punto unico di accesso sociale e sanitario, unità valutazione multidimensionale, sportello sociale); di supporto (punto prelievi, distribuzione ausili protesici, distribuzione farmaci); assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro (es. vaccinazioni, screening); ambulatorio infermieristico della cronicità, assistenza a favore della donna, dell’infanzia e delle giovani generazioni, e delle famiglie (consultorio familiare), assistenza per problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche, assistenza specialistica, diagnostica strumentale ecografica e radiologica, ed eventualmente anche chirurgia ambulatoriale; recupero e rieducazione funzionale; **coordinamento dell’assistenza domiciliare**; rete cure palliative. Inoltre, i professionisti della Casa della Salute organizzano e/o partecipano ad attività di promozione della salute individuale e collettiva.

Nella Casa della Salute a media/alta complessità assistenziale possono essere facoltativamente presenti strutture semi-residenziali e/o residenziali sanitarie (es. ospedale di comunità, hospice) e socio-sanitarie rivolte a diverse tipologie di persone (es. anziani, disabili, non autosufficienti, persone con problemi di salute mentale e di dipendenze patologiche).

Le funzioni chiave della Casa della Salute

Le funzioni chiave della Casa della Salute sono sintetizzabili in:

1. **accesso**

o accoglienza e orientamento rispetto alle attività e alle loro modalità di funzionamento. Si tratta di una funzione in cui gli aspetti relazionali e comunicativi sono determinanti e in cui le organizzazioni di volontariato possono avere un ruolo importante. Inoltre, in considerazione delle caratteristiche demografiche della popolazione locale può essere opportuno avvalersi della collaborazione di mediatori culturali di varie lingue;

o Centro Unico di Prenotazione (CUP);

2. **valutazione del bisogno**

o si tratta di una valutazione che deve essere il più possibile integrata (sanitario e sociale) al fine di identificare i bisogni delle persone nella loro complessità ed orientare con maggiore efficacia le persone verso la risposta maggiormente appropriata: assistenza domiciliare, assistenza semi-/residenziale, inserimento lavorativo, e altre forme di risposta anche di natura economica (assegno di cura). Questa funzione viene svolta preferibilmente all'interno delle Case della Salute a media/alta complessità da parte del Punto Unico di Accesso Sociale e Sanitario (PUA) (infermiere/assistente sociale/altre figure professionali) e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, peraltro già presenti in alcune esperienze locali;

3. **aree integrate di intervento** come «garanzia» per la popolazione della qualità dei percorsi di prevenzione e cura (es. appropriatezza, equità, continuità).

Le attività realizzate nella Casa della Salute a media/alta complessità sono articolate in aree integrate di intervento sulla base della intensità assistenziale :

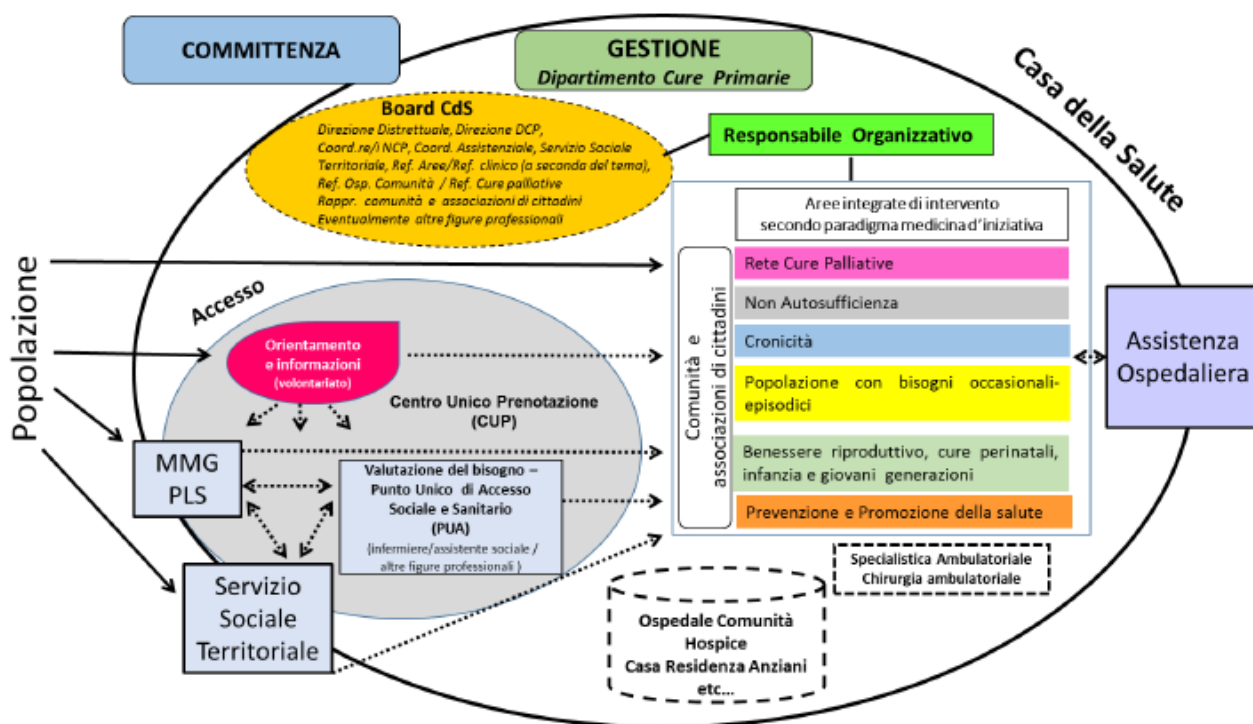
- prevenzione e promozione della salute;**
- popolazione con bisogni occasionali-episodici;**
- benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni;**
- prevenzione e presa in carico della cronicità;**
- non autosufficienza;**
- rete cure palliative.**

All'interno di ciascuna area le diverse attività sono organizzate per percorsi, programmi, progetti secondo uno stile di lavoro in équipe multiprofessionale e interdisciplinare.

Le aree elencate rappresentano ambiti di attività funzionali al coordinamento del lavoro nelle Case della Salute a media/alta complessità.

Questa classificazione delle attività è peraltro maggiormente affine alle logiche della programmazione socio-sanitaria e sociale (es. Piani di Zona), e alla percezione della popolazione.

L'organizzazione delle Case della Salute a media/alta complessità



Legenda

DCP: Dipartimento di Cure Primarie MMG: Medico di Medicina Generale; NCP: Nucleo di Cure Primarie; PLS: Pediatra di Libera Scelta; Ref.: Referente

1

Il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta rappresentano, per la popolazione, un punto di riferimento per l'accesso e la presa in carico nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale; questo li rende elemento qualificante delle Case della Salute. In Emilia-Romagna stato avviato da anni un percorso di qualificazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta caratterizzato dalla promozione dell'associazionismo e dalla successiva costituzione dei Nuclei di Cure Primarie.

La Casa della Salute rappresenta per i medici convenzionati un'importante opportunità di sviluppo professionale poiché offre la possibilità di lavorare in maniera integrata a garanzia di una risposta ai bisogni della popolazione, anche episodici e occasionali, e della presa in carico delle persone affette da patologie croniche, e più in generale, fragili, nell'ambito di specifici programmi e percorsi assistenziali. Il lavoro in équipe dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con gli infermieri, assistenti sociali e specialisti rappresenta uno dei principali valori aggiunti della Casa della Salute.

I pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale possono svolgere la propria attività ambulatoriale all'interno delle Case della Salute in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori per la garanzia della prossimità delle cure.

All'interno di diverse Case della Salute sono già in atto percorsi di ridefinizione di ruoli e attività dei Medici di Medicina Generale (referenti cinici, referenti di percorso, responsabili organizzativi, attività di continuità assistenziale, collaborazione/coordinamento ambulatori per la cronicità...) che, oltre a riconoscere un ruolo sempre più rilevante a questi professionisti, riqualifica l'assistenza primaria erogata dalle équipe multiprofessionali di riferimento per quella Casa della Salute. A sostegno di questo percorso di "internalizzazione" delle competenze della Medicina Generale, si sta muovendo anche il contesto nazionale: l'individuazione di un medico di medicina generale – ruolo unico – con attività sia fiduciaria verso gli assistiti, sia oraria per l'erogazione di attività assistenziale, potrà adeguatamente collocarsi nei modelli assistenziali descritti, finalizzati al miglioramento della qualità e dell'accesso ai servizi di assistenza primaria.

Le Case della Salute rappresentano il luogo ideale per la medicina di iniziativa sia nell'ambito della prevenzione primaria (es. lettura integrata rischio cardiovascolare su popolazione sana) che della gestione dei percorsi assistenziali. È attualmente in corso una sperimentazione, in alcune Case della Salute, di un modello di presa in carico delle persone fragili, che per la loro identificazione utilizza uno specifico algoritmo statistico che restituisce un profilo di rischio per singolo assistito dei medici di medicina generale, che attraverso il lavoro in équipe definiscono gli interventi maggiormente appropriati per il paziente.

Lazio

DCA 228/2017 «Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi»; DCA 187/2018 «Preso d'atto Accordi sottoscritti tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di Libera»

E' del Dicembre 2017 la notizia che il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, ha illustrato i contenuti del nuovo accordo sottoscritto nei giorni scorsi con le organizzazioni sindacali della medicina generale (Fimmg, Smi, Snam e Intesa sindacale). Un modello unico e uniforme di Ucp; copertura assistenziale nei giorni festivi e prefestivi; gestione delle cronicità; Fascicolo sanitario elettronico; prevenzione e screening; lotta alle liste d'attesa; un Profilo sanitario sintetico redatto dal mmg che riassume lo stato di salute del paziente e sia condiviso con il Ssn per via informatica; un programma di formazione continua in medicina generale. Questi, in particolare, i temi che compongono il documento oggetto di accordo. Per Zingaretti “una pietra miliare di quello che dovrà essere il sistema sanitario regionale post-commissariamento”. Tra le novità evidenziate dal presidente della Regione, il fatto che i medici di medicina generale potranno attivare il Fascicolo elettronico, ovvero la memoria di tutte le cure, le prescrizioni, i referti delle analisi del paziente. “Inoltre il medico di medicina generale potrà anche, non soltanto prescrivere, ma anche prenotare le analisi”. Ecco i principali contenuti dell'accordo in sintesi:

Patient Summary. Ovvero il profilo sanitario sintetico, cioè il documento redatto e aggiornato dal mmg che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente conosciuta al fine di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il Ssn.

Ucp. L'accordo punta a dare a potenziare il sistema con l'ingresso di altri mille medici a e a completare realizzazione a un modello unico e omogeneo di Unità di Cure Primarie, che dovrà essere a sede unica, composta da un minimo di 3 a un massimo di 16 medici. L'assistenza dovrà essere garantita per 9 ore la giorno dal lunedì al venerdì (h. 10-19).

Copertura assistenziale nei giorni festivi e prefestivi. Sarà assicurata dagli Ambulatori di Cure Primarie (Acp). Nella Regione sono già 29 quelli attivi. Al loro interno operano, oltre ai medici, anche un infermiere.

Gestione delle cronicità. I medici di medicina generale possono arruolare i propri assistiti, i pazienti cronici, compresi quelli neo diagnosticati proponendo loro percorsi diagnostici terapeutici-assistenziali. Si parla di pazienti con diabete, Bpco, scompenso cardiaco ed eventuali altri percorsi che la Regione vorrà avviare.

Lotta alle liste d'attesa. In questo ambito saranno definite le modalità di erogazione delle attività specialistiche da parte della medicina generale. I medici potranno inoltre procedere direttamente alla prenotazione delle prestazioni di primo accesso (al momento solo per le prestazioni di oculistica, dermatologica e cardiologica con classe di priorità Urgente entro 3 giorni e breve entro 10 giorni).

Prevenzione. Sarà potenziato il ruolo del medico di medicina generale per sfruttare la meglio il rapporto fiduciario che ha con i pazienti allo scopo di rafforzare l'adesione ai programmi di prevenzione. Il medico di famiglia promuoverà quindi i corretti stili di vita, i vaccini, l'adesione agli screening oncologici. In particolare, le lettere che le Asl inviano ai cittadini per invitarli a sottoporsi allo screening conterranno la firma del medico di medicina generale, a cui il cittadino sarà inviato a rivolgersi per ottenere informazioni e chiarire i propri dubbi. I medici aiuteranno inoltre le Asl ad individuare i soggetti che per età non rientrano nei programmi di screening ma che, per familiarità e conoscenze anamnestiche, devono sottoporsi a controlli.

La formazione. La Regione realizzerà un programma di formazione continua in medicina generale con contenuti e metodologie che valorizzino la professionalità degli operatori. Sarà inoltre aggiornato l'albo dei docenti per la Formazione specifica, dei formatori e dei tutor

Abruzzo

L'Abruzzo non è all'anno zero, avendo da tempo un sistema di UTAP, di Nuclei di Cure Primarie, di MMG in rete, e alcune realtà di Ospedali di Comunità.

AFT: DCA n.16 del 08/03/2016 « istituzione e attivazione delle AFT dei MMG e PLS»

Funzioni:

- assicura l'erogazione delle prestazioni di base;
- garantisce la continuità dell'assistenza attraverso strumenti informatici condivisi (FSE, ricetta dematerializzata);
- garantisce l'accessibilità all'assistenza 7 giorni su 7 per 24H;
- garantisce l'integrazione (relazionale, gestionale e di informativa) con le rete distrettuale e ospedaliera (protocolli, PDTA, etc.);
- garantisce la continuità ospedale-territorio;
- partecipa alle attività di promozione attiva della salute;
- eroga prestazioni di diagnostica di I livello, al fine di ridurre gli accessi impropri al PS.

Bacino non inferiore a 20.000 e non superiore a 30.000; ha il principio del rapporto fiduciario medico-paziente. Almeno una per distretto.

Il referente è nominato dal DG e ha durata di 3 anni, nominato all'interno di una terna proposta dai MMG dell'AFT e deve:

- Svolge attività di coordinamento dei MMG appartenenti all'AFT;
- Rappresentare l'AFT nei rapporti con l'esterno e gestisce i rapporti con le AUSL;
- È garante dei percorsi di presa in carico del paziente con bisogni complessi.

Il **sistema informativo** è collegato in rete e connesso al sistema aziendale per garantire la condivisione delle informazioni relative la popolazione assistita tra tutti i componenti dell'AFT.

UCCP: DCA n. 17 del 08/03/2016 «istituzione e attivazione delle UCCP »

Funzioni:

- Assicura l'accesso ai servizi di base e di diagnostica di I livello;
- Contribuisce alla continuità assistenziale;
- Garantisce la presa in carico della popolazione di riferimento in collegamento con gli altri servizi assistenziali, soprattutto per i soggetti cronici;
- Contribuisce alla medicina di iniziativa con il coinvolgimento delle AFT e del Dip. Prevenzione;
- Garantisce la continuità assistenziale mediante l'implementazione del sistema informativa (FSE, ricetta dematerializzata);
- Garantisce l'integrazione (relazionale, gestionale e di informativa) con le rete distrettuale e ospedaliera (protocolli, PDTA, etc.);
- Contribuisce alla riduzione dei tassi di ricovero, degli accessi al PS e delle liste d'attesa;
- Garantisce il raccordo con la rete 118

Prende in carico la comunità di riferimento in continuità con le AFT dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.

Eroga prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate o dipendenti del SSN.

L'UCCP è composta da operatori convenzionati e dipendenti delle seguenti professionalità: MMG, PLS, CA, Spec. Amb., Inf. Ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

AFT/UCCP Programmate

- Chieti: **DGR 771/2016 UCCP: 8 AFT: 30** (14 MMG, 8 PLS, 8 Spec.)
- L'Aquila: **DGR 770/2016 UCCP: 6 AFT: 24** (12 MMG, 6 PLS, 6 Spec.)
- Pescara: **DGR 612/2017 UCCP: 6 AFT: 24** (12 MMG, 6 PLS, 6 Spec.)
- Teramo: **DGR 769/201 UCCP: 5 AFT: 22** (12 MMG, 5 PLS, 5 Spec.)

Ospedali di Comunità

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, il 25 marzo 2016 è stato pubblicato sul Bura il decreto del commissario ad acta con le linee guida per la realizzazione, al momento in via sperimentale, degli ospedali di comunità. In Abruzzo dovrebbero essere all'interno di cinque strutture (che potranno quindi erogare anche altri servizi): Casoli, Gissi, Tagliacozzo, Pescina e Guardiagrele, scelte perché saranno sedi di PTA, cioè di Presidi Territoriali di Assistenza H 24. Presidi organizzati attorno a nuove forme di collaborazione tra medici e pediatri di base.

Nelle intenzioni del legislatore si tratta di un modello organizzativo «alternativo all'ospedale tradizionale» e «a maggior valenza sanitaria territoriale». Quindi più vicino ai pazienti, o meglio, a un particolare tipo di pazienti. Quelli, si precisa nel decreto, «che non necessitano del ricovero ospedaliero ordinario per acuti ma che, nel contempo, non possono vedere risolti i loro problemi di salute a casa o in una struttura residenziale o semiresidenziale. Si tratta cioè, di pazienti «affetti da patologie cronico-degenerative associate a particolari e significative condizioni di rischio sociale», oppure che abbiano bisogno «di una continua sorveglianza medica ed un nursing infermieristico erogabili in regime extra ospedaliero».

La dotazione non è superiore a 15-20 posti letto. Sulla base delle esperienze ricavate in altre regioni, il decreto stima una degenza media intorno a 15-20 giorni.

L'èquipe deputata all'assistenza sarà costituita «dai medici di medicina generale, compresa la continuità assistenziale, dai medici della pediatria di libera scelta, dai medici specialisti ed infermieri coordinati dal Responsabile sanitario della struttura». Per quanto riguarda la gestione e l'organizzazione, queste competono al distretto sanitario. Si arriva agli ospedali di comunità dal domicilio o dalle strutture residenziali, su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, oppure dai reparti

ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. Per la Regione e il ministero che li ha previsti, l'obiettivo degli ospedali di comunità è molteplice: «Ridurre il disagio ambientale e la spersonalizzazione del ricovero ospedaliero; ridurre i rischi da ospedalizzazione e relativi costi umani e finanziari (infezioni, cadute, incontinenza, sindromi ipocinetiche, piaghe da decubito, ecc.); razionalizzare le risorse strutturali (recupero di immobili dismessi o sottoutilizzati), finanziarie (riduzione dei costi dei ricoveri ospedalieri), umane (riconversione, mantenimento di strutture sanitarie in zone disagiate o decentrate), occupazionali; favorire l'accesso e la collaborazione dei familiari e del volontariato; garantire maggiore continuità assistenziale attraverso la centralità del medico di base e le forme associative della medicina generale anche con la creazione di équipes territoriali che favoriscano la massima integrazione professionale e la maggior presenza sul territorio». Una sfida complessa che rovescia la stessa idea di ospedale ma anche la prassi professionale di figure come medici e pediatri di base.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Non è noto e, soprattutto, non è misurabile, ad oggi, quanto questo sistema abbia modificato in positivo la relazione con il cittadino-utente. Si tratta di ripartire da queste realtà e farle convergere su quanto previsto dal DL Balduzzi e dal Patto per la Salute, adottando nel contempo sistemi di *Clinical Governance* che consentano, da un lato, il conseguimento di eccellenti Cure di Prossimità, dall'altro, l'adozione *sistematica* di *audit* clinici, di *customer satisfaction* e di ogni accorgimento che possa contribuire alla presa in carico globale dei problemi di salute dei cittadini, intervenendo continuamente e sistematicamente laddove si registrino criticità secondo un processo teso al miglioramento continuo del sistema stesso. E' il caso di ricordare che I MMG e i PLS sono gli unici attori ad essere sottoposti alle regole di soddisfazione del paziente (scelta/revoca), mentre negli altri ambiti di cure territoriali (ADI, distretto..) od ospedaliere tale principio manca completamente. Così come all'Ospedale è riservata l'acuzie e la Cura mediante sistemi di elevato livello tecnologico ad alta intensità, la competenza precipua del Territorio, ma non certo l'unica, come più sopra ricordato, è la Cronicità. Il paradigma ideale entro il quale declinare l'operatività delle Cure Primarie attraverso la rilevazione, il monitoraggio, la cura e la riabilitazione, è quello della cura secondo i livelli di severità e complessità della patologia cronica. E' per questo che i pazienti cronici, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul follow-up attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (case-management, *follow-up* infermieristico, educazione del paziente e dei *caregiver* familiari all'autogestione) utilizzati in *setting* che prevedano strutture ad accesso facilitato, team di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete. In altre parole, le Cure Primarie assumono su di sé lo snodo centrale di un "Percorso Assistenziale" *evidence-based*, condiviso tra tutti i professionisti che contribuiscono al processo assistenziale (MMG/PLS, Infermieri e Specialisti distrettuali ed ospedalieri), secondo una mirata e modulata allocazione di risorse economiche e professionali. La centralità della Medicina Generale nella gestione delle Malattie Croniche è stata ribadita anche nel recente Piano Nazionale

Cronicità. La presa in carico del paziente cronico, l'adesione al percorso di cura e la "compliance" ai trattamenti sono tutte esigenze che il Sistema Sanitario indirizza in modo sempre pressante alle Cure Primarie, sollecitando in ciò le amministrazioni locali. La risposta a queste richieste è la rifondazione di una medicina territoriale "forte" e ben organizzata, correttamente finanziata per i costi di gestione, remunerata anche in base alle performance, in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti e quotidiani ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili, ma anche – soprattutto – in grado di verificare, in modo continuo e sistematico, l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate, contestualizzandole all'interno della sostenibilità del SSN. Mai come in questi ultimi tempi si registra nel nostro Paese una "crisi di sistema", con un progressivo de-finanziamento della sanità pubblica. La realtà è che si stanno sempre più riducendo i livelli reali di assistenza e fasce sempre più larghe di popolazione non accedono alle cure per difficoltà economiche, mettendo così a rischio uno dei diritti fondanti della nostra Costituzione e di una società civile: il diritto alla tutela della salute. In questo scenario, la Medicina Generale sta vivendo a sua volta un momento particolarmente difficile. L'esigenza di attribuire al MMG nuovi compiti e nuove competenze, ampliandone anche le capacità diagnostiche, e la necessità di dare definitivamente il via al processo di riorganizzazione e riqualificazione della sanità territoriale attraverso un forte indirizzo verso lo sviluppo di **Forme Associative Complesse** a crescente livello d'integrazione professionale (Aggregazioni Funzionali, UCCP - Unità Complesse Cure Primarie) deriva innanzitutto da considerazioni di carattere epidemiologico che riguardano l'attuale scenario sanitario italiano ed europeo. Le Cure Primarie devono evolvere rapidamente per consentire una nuova gestione del territorio, per fornire risposte adeguate alle mutate esigenze sanitarie dei cittadini e fornire percorsi di cura migliori e più appropriati, in particolare per la presa in carico globale del paziente cronico.

La medicina generale, **partendo dai suoi punti di forza** (capillarità, facilità di accesso, rapporto fiduciario, conoscenza del contesto, visione olistica...) deve quindi **spostare in alto il proprio livello professionale** abituandosi all'uso delle nuove tecnologie e della diagnostica di primo livello, investendo culturalmente sul proprio futuro, sia nella **Formazione Specifica in Medicina Generale** (il cui programma formativo andrà adeguato alle nuove esigenze professionali) che lungo l'intero percorso professionale.

Solo così la Medicina Generale potrà evitare l'emarginazione ed il rischio di estinzione; e sarà pronta per affrontare le sfide del prossimo futuro: attuare i principi della "*medicina d'iniziativa*" e dare avvio all'era della "*medicina di prossimità*", a beneficio dei cittadini e a salvaguardia del SSN.