



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## **GRUPPO DI LAVORO COMITATO CENTRALE “CANTIERE PER LE RIFORME”**

### **MEDICINA TERRITORIALE**

L'organizzazione della sanità presenta nelle diverse Regioni diversi modelli organizzativi, tutti caratterizzati da una logica cosiddetta “a silos”, che rende difficile il lavoro in team e l'interazione tra i diversi professionisti e le diverse competenze.

Questa criticità, mai seriamente affrontata nei diversi processi di riforma a partire dalla legge 833/78, ha reso ancor più difficile organizzare l'attività di diversi professionisti distribuiti sul territorio. Il pensiero dominante è sempre stato quello di riproporre l'organizzazione dell'ospedale compreso il suo sviluppo gerarchico verticale e la sua organizzazione in dipartimenti, unità operative semplici o complesse che, se efficaci nell'ambito dell'acuzie complicata, mal si adattano a una presa in carico del cittadino e dei suoi bisogni socio-sanitari. Si è pensato di creare strutture territoriali che sono nient'altro che riproduzioni in scala ridotta di quanto propone un poliambulatorio ospedaliero cercando un coinvolgimento organizzativo, e non di competenze integrate, tra le figure sanitarie operanti. Questi modelli, lontani dai territori, che diminuiscono la prossimità, soprattutto nelle realtà più disperse del paese, hanno già dimostrato il proprio limite attribuendolo non alla inefficacia del modello organizzativo ma alla dimensione contrattuale, identificando nella dipendenza, in alternativa al convenzionamento, la chiave risolutiva. In realtà l'organizzazione territoriale potrà trovare il suo equilibrio nel momento in cui i sistemi si focalizzeranno non su modelli centrati sulla struttura, ma su modelli centrati sulle competenze, funzioni e relazioni dei diversi professionisti.

In tal senso, ferma restando la necessità di un riferimento definito a livello della catena delle responsabilità aziendali, riferimento da definire a seconda dei modelli regionali, ma più prossimo a un dipartimento di cure primarie - che coinvolge nei livelli direzionali i medici convenzionati - che a un distretto, l'organizzazione dovrà essere rafforzata rispetto alle modalità di lavoro più vicine alla realtà della popolazione, privilegiando un'integrazione tra le diverse figure professionali, più prossime per poter stabilire un reale rapporto fiduciario e che sia un riferimento diretto per i cittadini, definita nella sua unità di base che è quella del microteam.

Le realtà territoriali strutturate, come i poliambulatori distrettuali, le case della salute e altri modelli complessi multiprofessionali, rappresentano il luogo per l'erogazione di attività specialistiche e che necessitano di tecnologie sanitarie di secondo livello (radiologia, piccola chirurgia, etc).

Altre realtà territoriali quali le RSA o gli Ospedali di Comunità/Cure Intermedie ed Hospice sono strutture di gestione della fragilità, della non autosufficienza e della terminalità oncologica e non, la cui governance clinica è affidata ai medici di medicina generale per poter completare la presa in carico globale, sempre con il supporto del microteam, in questo caso allargato agli specialisti necessari per il piano assistenziale specifico del paziente.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

All'interno di tale modalità di lavoro diventa essenziale tener conto delle spinte motivazionali dei professionisti. Il medico di famiglia ha come proprio obiettivo lavorativo il rapporto continuativo con il cittadino, con il quale stabilisce un rapporto di fiducia, con un approccio mirato non alla semplice intercettazione dei problemi, ma al "problem solving". Il medico di medicina generale si rapporta con le altre figure professionali integrandosi con le loro specifiche competenze e autonomie. L'infermiere e l'assistente sanitario svolgono la funzione di "case manager" mentre al medico di medicina generale è attribuita la funzione di "clinical manager". Tale funzione può essere svolta con efficacia con un approccio che veda la presenza dell'infermiere e dell'assistente sanitario come componenti di un microteam insieme al medico. In tal senso il rapporto di convenzione comune per tutti i professionisti del team appare il più rispondente a questo modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi, risultati anche economici rafforzato dal rapporto di fiducia con i propri pazienti.

Lo specialista ambulatoriale interno deve integrarsi nel microteam, laddove possibile, in alcuni casi con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari, ordinariamente nei presidi territoriali, ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina, collaborando al telemonitoraggio e mettendo in campo una disponibilità non solo prestazionale, ma di presa in carico attraverso il rapporto continuativo "a tre" con il paziente e il suo medico di medicina generale.

Il territorio, nel servizio sanitario, è organizzato in un peculiare sistema delle cure primarie, area dove operano il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta, il medico di continuità assistenziale, lo specialista ambulatoriale interno e l'infermiere, organicamente e strettamente integrati con i servizi sociali e assistenziali dei Comuni, anche queste figure dovrebbero essere integrate nei microteam. La rete territoriale comprende e integra le attività del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria e in prospettiva le attività di medicina scolastica.

### **Il medico di medicina generale: stato giuridico e suoi rapporti con il sistema sanitario nazionale**

Il MMG è un libero professionista convenzionato, che fonda la sua attività sul rapporto fiduciario con il cittadino, che lo sceglie liberamente e opera, garantendo un'offerta omogenea su tutto il territorio, in modo strettamente integrato con le altre componenti del SSN.

La rete della medicina di famiglia e della pediatria di libera scelta deve avere caratteristiche di omogeneità erogativa. Tale omogeneità deve essere garantita dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi integrativi regionali, che devono assumere, quanto a tipologia delle attività da garantire, caratteristiche di cogenza omogenea. Essendo la messa a disposizione degli strumenti professionali e del personale di studio a carico del medico, la valutazione deve avvenire secondo una logica di definiti standard qualitativi, con indicatori mirati alle specifiche caratteristiche dell'attività svolta, tenendo conto delle specificità delle diverse aree e realtà sociali e geografiche.

Il macro riferimento interno all'Azienda sanitaria è il Dipartimento di cure Primarie.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il MMG opera in una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) corrispondente ad un ambito di 30.000 abitanti (fino a 50.000 nelle aree ad elevata densità abitativa). L'AFT è coordinata da uno dei MMG della AFT stessa, scelto dai colleghi con una modalità da definire.

L'AFT si coordina con tutti i Dipartimenti, con le Direzioni sanitarie e con le realtà sociali e sanitarie locali, in particolare con i Comuni.

Nell'ambito delle AFT dovranno essere incentivati la dotazione di personale anche amministrativo e studi di medicina di gruppo, che garantiscano direttamente o con modalità di telemedicina prestazioni diagnostiche di base, all'interno di standard qualitativi definiti.

I MMG, sulla base di quanto previsto dall'ACN e dagli AIR assicurano in modo omogeneo, con modalità aderenti alle realtà locali, in termini di sostenibilità e di organizzazione,

- Una reperibilità a distanza che consenta di garantire una copertura del servizio h12, secondo turnazioni definite all'interno dell'AFT, mirata a garantire ai cittadini, nel rispetto del rapporto di fiducia con il singolo professionista, le prestazioni ritenute indifferibili.
- Un adeguato orario di apertura degli studi, individuali o di gruppo, secondo quanto definito dagli AIR.
- Una gestione della cronicità utilizzando anche idonee piattaforme informatiche interfacciate con sistemi di monitoraggio e rilevazione dei parametri clinici da remoto che integrino i sistemi informativi regionali.
- Prestazioni diagnostiche di primo livello necessarie al completamento dell'iter diagnostico attraverso la dotazione dei necessari dispositivi.
- L'attività di telemedicina e di teleconsulto, all'interno di percorsi di cura della cronicità e nell'ambito dell'organizzazione dell'AFT, con l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche, interfacciate con i sistemi informativi regionali.
- le attività di igiene e sanità pubblica di competenza e secondo modalità che garantiscano la sicurezza degli operatori sanitari e degli altri pazienti, in collaborazione con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione delle Aziende sanitarie, con particolare riguardo alle attività di screening, all'attività vaccinale e alla prima attivazione dell'isolamento di casi e contatti a rischio contagio.

La riorganizzazione del territorio, infine, passa anche e soprattutto dal riconoscimento della MG quale disciplina specialistica a tutti gli effetti.

### **Continuità assistenziale**

La sua organizzazione andrà demandata alle AFT in accordo con il Dipartimento di Cure Primarie, prevedendo la rimodulazione dei compiti e delle funzioni dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria all'interno dei microteam. Sarà gradualmente introdotta, sulla base delle necessità assistenziali e dei modelli organizzativi locali, anche l'effettuazione di attività diurna, finanziata attraverso la rimodulazione degli orari di attività e attraverso le risorse precedentemente investite per le USCA.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## **USCA**

Le USCA hanno una caratteristica di temporaneità, che non può surrogare l'attività domiciliare dei medici di medicina generale, attività destinata a riprendere pur con interventi di razionalizzazione (telemonitoraggio) e fornitura dei DPI direttamente o indirettamente, supportando l'acquisto con stanziamenti a titolo di concorso alle spese, agevolazioni, garanzie di buon esito degli ordini effettuati. L'esperienza maturata dalle USCA ha reso evidenti i vantaggi di una riorganizzazione dell'attività diurna che prevede l'integrazione tra medici di medicina generale del ruolo unico con funzioni differenti ma complementari; ha inoltre stanziato risorse che potranno essere riassorbite per le progettualità di prevenzione e gestione della cronicità e fragilità nell'ambito delle AFT e del microteam.

## **Ospedali di comunità, Hospice ed RSA**

Andrà reso effettivo il coinvolgimento, già previsto dalla legge, dei MMG, nell'ambito di ospedali di comunità per le cosiddette cure intermedie nonché negli Hospice e nelle RSA, avuto riguardo alla necessità di una prossimità operativa rispetto all'AFT di competenza.

## **Ricambio generazionale**

La scarsa disponibilità di MMG, dotati dei requisiti professionali necessari allo svolgimento dell'attività e l'importante ricambio generazionale in atto devono far prevedere un adeguamento degli accessi e delle relative borse di studio al corso di formazione specifica in medicina generale, tuttora insufficienti, da decidere in accordo con la FNOMCeO sulla base di un'accurata programmazione di demografia professionale. Andranno equiparati i contenuti economici delle borse di studio a quelli previste per le specialità universitarie, anche attraverso meccanismi retributivi legati all'inserimento in convenzione dei medici del corso di formazione specifica in medicina generale, compatibilmente con le esigenze dell'attività didattica e a integrazione della stessa. Anche in questo caso, tuttavia, nel breve termine sarà impossibile, in alcune aree del territorio nazionale, garantire il mantenimento dell'attuale rapporto ottimale e dell'attuale massimale di scelte. In tal senso sarà necessario provvedere, oltre ad un aumento del massimale con modalità da definire, al sostegno dell'attività dei MMG con interventi intesi a sgravarli da compiti impropri, alcuni tipici della professionalità infermieristica, altri di tipo amministrativo, affidabili a specifico personale o eliminabili con interventi di semplificazione normativa. Infine è opportuno che l'ingresso nelle medicine di gruppo delle AFT e la modalità di lavoro in microteam sia possibile fin dall'accesso alla convenzione, al fine di non svilire le prospettive professionali dei nuovi MMG.

## **Vanno inoltre segnalate alcune importanti criticità**

È necessario affrontare e risolvere (prevedendo frequenti momenti di confronto con i professionisti) le criticità del sistema informativo sociosanitario, che rappresenta un elemento di essenziale importanza nello sviluppo delle cure primarie e della connessione con i vari comparti del servizio



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

sanitario. Sono state più volte segnalate le disfunzioni che vanno a minare l'efficienza dell'attività dei medici, a scapito del tempo dedicato alla cura, all'ascolto e al sostegno degli assistiti, oltre a compromettere i processi di rilascio delle ricette dematerializzate e in generale tutti i processi di interfaccia tra gli attori del sistema.

Le diverse progettualità delle Regioni hanno variamente declinato le caratteristiche delle strutture erogative sul territorio, quali strutture distrettuali, case della salute, etc., che dovrebbero rappresentare punti di riferimento visibili, sia per i cittadini che per i professionisti. A parte alcune realizzazioni di eccellenza, peraltro sporadiche, il trasferimento anche solo di una parte dell'attività dei medici di medicina generale all'interno di tali strutture, anche laddove concordata, è stata problematica, per molteplici ragioni. Tra queste, oltre all'allontanamento dalle periferie del territorio, va segnalato il fatto che si sono identificate spesso strutture ospedaliere o distrettuali dismesse o da riconvertire, adeguate all'offerta di alcune attività sociosanitarie, ma non in grado di rappresentare un riferimento logisticamente adeguato per l'utenza dei medici di famiglia.

A nostro avviso, la presenza sul territorio di studi di MMG sia singoli che in gruppo, ma collegati in reti informatiche, potrebbe rendere possibile quanto meno la sperimentazione di spazi erogativi all'interno di tali siti, garantendo agli assistiti un punto di accesso e di riferimento noto e comodo e mantenendo l'offerta assistenziale anche nelle aree disperse. Si potrebbero sviluppare e sperimentare appositi modelli di gestione, trasferendo in tali spazi sportelli sociosanitari, punti ADI, punti prelievo, ambulatori di telemedicina, attività consultoriali, e sportelli di centri servizi per la presa in carico della cronicità.

All'interno di tali spazi potrebbero essere sviluppate attività di specialistica ambulatoriale interna, organizzata in modo analogo in AFT e in grado di garantire un servizio di prossimità e di supportare anche le attività di telemedicina e di teleconsulto.

Per quanto attiene all'attuazione del piano nazionale della cronicità il MMG/PLS è il "clinical manager", lo specialista ambulatoriale è il supporto erogativo di prossimità, mentre l'infermiere è il "case manager".

Relativamente alla gestione della cronicità, va ricordato, anche sulla base di esperienze regionali, come un investimento in call center e centri servizi, pure utile e necessario, non possa surrogare la carenza di personale amministrativo e di infermieri all'interno degli studi dei MMG, ancor più nella attuale situazione di perdurante emergenza.

In tal senso, all'interno di studi di medicina di famiglia organizzati e dotati di personale devono realizzarsi, oltre alla gestione della cronicità, anche attività di prevenzione primaria e di medicina d'iniziativa e devono concretizzarsi, in autentica vicinanza con i cittadini, strategie di prevenzione vaccinale.

È quindi necessario che l'infermiere di famiglia si collochi in modo strategico non in strutture lontane dalla quotidianità degli assistiti, bensì in rapporto con le AFT, in modo integrato con i medici di famiglia, per realizzare un'autentica équipe multiprofessionale (microteam) realmente raggiungibile e disponibile.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La telemedicina deve garantire i massimi livelli di qualità sia nella refertazione degli accertamenti che nella loro esecuzione e deve essere utilizzata in modo appropriato, all'interno di percorsi diagnostico terapeutici definiti. La specialistica ambulatoriale può essere pienamente integrata in tali percorsi, anche superando la logica meramente prestazionale.

La Medicina Scolastica, organizzata e gestita da MMG/PLS può essere presidio importante di prevenzione ed educazione sanitaria.

La MG deve essere costantemente collegata, dal punto di vista del continuo scambio di informazioni e dello svolgersi di alcune prestazioni predefinite, con l'Igiene e la Sanità pubblica territoriali.

### **Le Equipe Specialistiche Territoriali**

È necessario implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale, garantire il lavoro in equipe e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico.

La complessità assistenziale di questi pazienti non può più infatti essere oggi affidata al singolo professionista, ma deve essere affidata ad una rete assistenziale territoriale di professionisti, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali.

La componente specialistica di tale modello potrà essere garantita dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari ("Equipe Specialistiche Territoriali") di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale (stimabile in circa 90-120.000 persone), salvo diverse esigenze legate alla tipologia e alle caratteristiche del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (micro-team dei MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, etc.) consentirebbe per questa tipologia di pazienti, ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni.

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe infatti la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In armonia con quanto previsto dal *Chronic Care Model*, l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico ed il supporto specialistico, sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

- a) un'area per la gestione di uno strato della popolazione “sana o apparentemente sana” con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del Micro-team della MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette “acuzie semplici” attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, ambulatori o il domicilio,
- b) un'area di presa in carico delle cronicità “semplici” sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio MMG/PLS, ambulatori o il domicilio,
- c) un'area della gestione della cronicità “complessa” di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici, ecc.) sul territorio che non richiedano di ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, in RSA, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie e infine
- d) un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI/UOCP) Hospice, RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc.)

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato dal MMG/PLS con l'apporto delle necessarie consulenze specialistiche, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

Appare dunque necessario pensare ad una sanità territoriale “nuova”, ispirata ad una *vision* in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese, che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo sia al suo interno sia con le strutture ed equipe ospedaliere e che possa essere in grado di valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese.