

# Riorganizzazione della medicina generale e del territorio

Innovazione, competenze, riorganizzazione,  
promozione dell'aderenza alla terapia

*Documento finale del*  
Dipartimento Medicina Generale e Territorio

*Approvato in occasione del*  
III° Congresso Nazionale  
Corte di Giustizia popolare per il Diritto alla salute  
Rimini 20 – 23 Novembre 2014

# Riorganizzazione della medicina generale e del territorio

Innovazione, competenze, riorganizzazione,  
promozione dell'aderenza alla terapia

*Documento finale del*  
Dipartimento Medicina Generale e Territorio

*Approvato in occasione del*  
III° Congresso Nazionale  
Corte di Giustizia popolare per il Diritto alla salute  
Rimini 20 – 23 Novembre 2014





*Il presente documento rappresenta la prosecuzione della collaborazione tra FederAnziani e FIMMG che è iniziata nel 2013 in occasione del II° Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute.*

**FederAnziani** è un'associazione senza fini di lucro fondata nel 2006 che nasce con lo scopo di tutelare i diritti e promuovere la qualità della vita degli anziani. Opera a livello nazionale ed ha come primaria finalità quella di federare tutti i soggetti che si occupano della tutela sociale, sanitaria, economica dei soggetti anziani. L'impegno di FederAnziani è quello di tutelare la categoria degli anziani con ogni mezzo e forma; valorizzare ed accrescere il ruolo degli anziani nella società; promuovere una cultura che valorizzi l'anziano come una risorsa insostituibile per la famiglia e per la società; orientare l'opinione pubblica a considerare l'invecchiamento della popolazione come una positiva conquista della nostra società; orientare le politiche sociali per gli anziani a sviluppare programmi improntati a una visione positiva della terza età e che favoriscano la promozione del benessere lungo tutto l'arco della vita.

La **Federazione Italiana Medici di Famiglia**, FIMMG, è l'associazione professionale nazionale e organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa dei Medici di Medicina Generale operanti nell'area della Medicina

*Generale nel territorio. Da tempo la FIMMG, coerentemente con la responsabilità di questa rappresentanza, è impegnata a favorire una riconsiderazione complessiva del ruolo della medicina di famiglia, che rappresenta il riferimento fondamentale nell'ambito dell'attuale sistema di Assistenza Primaria. In qualità di associazione professionale e sindacale, FIMMG si propone di tutelare gli interessi dei medici operanti a livello territoriale e di curare i rapporti con il SSN e con gli altri Enti che erogano l'assistenza sanitaria di Medicina Generale, oltre che di assicurare il dialogo e il confronto con le parti politiche e sociali, anche al fine di migliorare l'organizzazione sanitaria in Italia.*

**La Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute** è l'organismo tecnico-scientifico nazionale di FederAnziani preposto alla tutela del diritto alla salute dei cittadini e all'elaborazione di proposte per un Servizio Sanitario Nazionale migliore e al tempo stesso sostenibile. L'obiettivo della Corte è tutelare, attraverso un accurato lavoro multidisciplinare condotto a fianco delle istituzioni, il diritto alla salute sancito dalla Costituzione, consentendo al cittadino di afferire a un Sistema Sanitario migliore, che sappia coniugare qualità dei servizi offerti e ottimizzazione delle risorse economiche, armonizzando l'atto medico, le linee guida ad esso legate, la giurisprudenza e l'economia sanitaria.

**FederAnziani e Corte di Giustizia** hanno tra i loro obiettivi, l'affermazione del ruolo del MMG come cardine del sistema salute; l'umanizzazione del rapporto medico-paziente; la riorganizzazione della Medicina Generale e del territorio; la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata ADI ed RSA

**FIMMG**, dal canto suo, ha da tempo elaborato un progetto di Ri-Fondazione della Medicina Generale basato sul rapporto fiduciario medico paziente e che, ponendo al centro i bisogni di salute dei cittadini, delinea in funzione di questi le linee operative per la riorganizzazione delle modalità di lavoro e di qualità di erogazione della assistenza da parte della medicina di famiglia.

**Da questa convergenza di obiettivi e dall'accordo di partnership che si è concretizzato, è nata la** condivisione nella organizzazione dei Congressi Nazionali della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, organizzati per condividere suggerimenti ed indicazioni finalizzati ad agevolare l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, non più procrastinabile, all'insegna di un uso più razionale ed efficiente delle risorse, della riaffermazione della centralità della professione medica e della tutela del diritto alla cura e alla salute di noi tutti.

*Peculiare e di grande valore è anche la modalità di svolgimento dei lavori dei dipartimenti del Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare, che vede la partecipazione di medici provenienti da tutta Italia, esponenti delle principali società medico-scientifiche, del mondo dell'università e della ricerca, giudici, magistrati, avvocati, economisti sanitari, esponenti delle istituzioni, giornalisti e comunicatori esperti di medicina e politiche sanitarie, tutti impegnati all'elaborazione di documenti scientifici contenenti l'individuazione delle criticità delle diverse aree medico-sanitarie e le proposte per il loro superamento, elaborate secondo le linee guida internazionali e discusse con gli economisti sanitari per l'impatto sul budget. Le proposte, sotto forma di documenti finali, vengono presentati all'attenzione dei cittadini, rappresentati dai delegati FederAnziani presenti al congresso, e da questi approvati.*

*FederAnziani*

*FIMMG*

*Corte di Giustizia  
popolare per il  
diritto alla salute*

*R. Messina*

*G. Milillo*

*G. Pozzi*

## Documento conclusivo approvato

### Dal “Cosa fare” di Rimini 2013 al “Come farlo” di Rimini 2014

Nel 2013, nell’ambito del II Congresso nazionale della Corte di Giustizia popolare svoltosi a Rimini, i membri del *Dipartimento di Medicina Generale ed Area delle Cure Primarie ADI-RSA* formularono delle proposizioni e le conseguenti linee programmatiche relativamente alla riorganizzazione della medicina Generale e dell’Area delle Cure Primarie che gli oltre seimila delegati FederAnziani, in rappresentanza degli oltre 3 milioni di aderenti, approvarono e che quindi volevano rappresentare quanto i cittadini chiedevano alle Istituzioni, anche in previsione della apertura delle trattative per il rinnovo dell’Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale alla luce della Legge 189/2012, che, nel riscrivere le modalità di lavoro dei medici, ridefinirà la qualità della assistenza che i cittadini riceveranno da essi.

Nel 2014, nell’ambito del III Congresso nazionale della Corte di Giustizia popolare svoltosi a Rimini, i membri del Dipartimento Medicina Generale e Territorio, partendo dalle proposizioni di Rimini 2013 che



definivano il “*cosa è necessario fare*”, hanno formulato delle proposizioni che definiscono il “*come farlo*” relativamente alla riorganizzazione della medicina Generale e dell’Area delle Cure Primarie.

Anche nel 2014 queste proposizioni sono state approvate dagli oltre 6.000 delegati FederAnziani, in rappresentanza degli oltre 3.600.000 iscritti e rappresentano quindi un importante “*mandato*” che i cittadini affidano alle Istituzioni ed alla Medicina Generale attualmente impegnate nel rinnovo dell’Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale alla luce della Legge 189/2012.

### **Le Affermazioni di Rimini 2013**

**I medici di Famiglia devono lavorare insieme, utilizzando una rete informatica e avendo a disposizione delle sedi comuni di lavoro.**

*Per garantire ai cittadini la effettiva continuità delle cure, la efficacia degli interventi e la facile individuazione dei luoghi dove trovare i medici ed ottenere le risposte ai bisogni.*

**Ogni medico di famiglia deve essere affiancato, almeno nelle ore in cui è in studio, da un collaboratore appositamente formato: l’Assistente di studio medico di famiglia.**

*Per garantire al cittadino accoglienza, ascolto, guida nei percorsi assistenziali, semplificazione burocratica, piccole prestazioni socio-assistenziali.*

**I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi esami diagnostici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo della evoluzione delle patologie croniche**

*Per completare in prima persona i percorsi diagnostici e di controllo dei cittadini, evitando loro le code e le lunghe liste di attesa.*

**I medici di famiglia devono continuare a garantire l'organizzazione del loro lavoro proprio della "Medicina on demand" e della "Medicina di prossimità" ma al contempo devono adottare l'atteggiamento "proattivo" della "medicina di iniziativa",richiamando periodicamente a visita i propri pazienti, prima per la prevenzione e poi per la cura delle patologie croniche ed il SSN/SSR deve affidare ai medici di famiglia che lavorano in sedi comuni, affiancati da proprio personale di studio appositamente formato e dotati di tecnologia diagnostica, il compito di garantire ai cittadini i percorsi di medicina proattiva**

*Per prevenire la comparsa o ritardare l'evoluzione delle patologie croniche.*

*Per favorire una maggior aderenza alla terapia.*

*Per insegnare a pazienti e care-givers a “prendersi cura” di se.*

**Quando i pazienti anziani, con polipatologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa il medico di famiglia deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti - team multi professionale definito UCCP, che assicura le risposte primariamente a domicilio del paziente e poi anche nelle strutture residenziali o nei presidi territoriali. Nel team multi professionale deve essere inserito anche un Assistente sociale dedicato. Se i pazienti non autosufficienti hanno bisogno di una assistenza continua al proprio domicilio da parte di un familiare o di una badante questi deve avere una formazione specifica, deve cioè diventare un “Assistente Familiare” inserito nel team multiprofessionale come anello residente. Il sistema della domiciliarità e residenzialità deve essere riorganizzato.**

*Perché le cure, per quanto complesse ed erogate da più soggetti siano rese sempre “personalizzate” dal coordinamento del proprio medico di famiglia.*

*Per garantire al cittadino la vera integrazione di risposte ai bisogni sanitari e a quelli sociali.*

*Per garantire che la assistenza continua al domicilio sia qualificata e appropriata.*

*Per garantire che le strutture residenziali rappresentino un prolungamento temporaneo del domicilio, che rimane comunque la soluzione ottimale.*

**Le Affermazioni conclusive del Dipartimento Medicina Generale e Territorio** del III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, approvate dai delegati di FederAnziani:

Il binomio medico di famiglia- cittadino che lo ha scelto entra a far parte di una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), che allora è costituita non su ambito geografico ma da un gruppo di cittadini-utenti, attorno ai quali vanno costruiti tutti i percorsi e tutte le risposte ai bisogni sanitari e sociali.

Anche i medici della Continuità Assistenziale, in attesa del ruolo unico, abbandonano il modello organizzativo per ambito geografico e, integrandosi nella specifica AFT, diventano i medici di continuità di quel gruppo di pazienti.

In tali forme aggregative, i Tirocini Professionalizzanti del Medici in Formazione rappresentano la reale possibilità per i giovani medici di formarsi in modo

altamente specifico e qualificato all'interno del sistema delle cure territoriali, facilitando l'ingresso al lavoro dei giovani colleghi, costituendo inoltre un valore aggiunto per le attività del Team e contribuendo a costruire la cultura della medicina generale grazie alla garanzia della formazione e aggiornamento permanente.

Tutti i medici della AFT (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale e Medici in Formazione) costituiscono un Team territoriale che ha il suo punto di forza nell'essere tutti inseriti in una rete clinica informatica, un cloud computing dove, potendo avere accesso ai dati clinici di quel gruppo di cittadini nel rispetto della Privacy (Informativa – consenso informato), si garantiscono reali percorsi di presa in carico e di assistenza H24.

I medici della AFT continuano ad erogare singolarmente ai cittadini la prossimità delle cure (capillarità degli studi), la disponibilità a rispondere alle necessità avvertite dai pazienti (medicina “on demand”) e la personalizzazione del rapporto (rapporto di fiducia medico-paziente) ma adottano anche un modello di lavoro in squadra strutturato, allo scopo di garantire ai cittadini-utenti coordinamento e continuità delle cure, dotandosi di sedi comuni,

personale di studio appositamente formato e diagnostica, per garantire una risposta più efficace ed in particolare la gestione dei percorsi di cura delle patologie croniche con una modalità di medicina di iniziativa improntata ad un **APPROCCIO DI PRIMO LIVELLO**, tipico della medicina generale, sulle condizioni di salute dei cittadini, caratterizzato da ESTENSIVITÀ, COORDINAMENTO, PROSSIMITÀ e PRESA IN CARICO COMPLESSIVA.

In questa nuova strutturazione del lavoro di squadra della medicina generale si sostanzia l'identità delle Unità di Medicina Generale (UMG), preconizzate nel documento FIMMG sulla Ri-Fondazione della Medicina Generale del 2007, che dunque rappresentano le Unità elementari strutturali della Medicina Generale, che, attraverso la organizzazione e coordinamento dei singoli professionisti partecipanti possono migliorare la *disponibilità* della Medicina Generale per effetto della integrazione funzionale (*connessione*) dell'opera dei professionisti che *aumentano la capacità di risposta ai bisogni* dei cittadini anche attraverso la individuazione di nuovi assetti organizzativi e professionali

Le sedi comuni possono essere strutture degli stessi medici (come le attuali sedi delle Medicine di Gruppo)

o essere messe a disposizione dalle ASL all'interno delle proprie strutture territoriali, come ad esempio nelle Case della Salute.

I medici delle UMG sono affiancati, almeno nelle ore di apertura delle sedi comuni, da personale di studio, che deve possedere o acquisire preparazione specifica - profilo professionale dell'Assistente Studio Medico di Famiglia - per il lavoro da svolgere nella medicina di iniziativa, preferibilmente assunto dai MMG. Inoltre i medici della UMG si dotano di tecnologia diagnostica che deve essere in grado di interoperare, in modalità telemedicina, con il cloud della rete clinica di AFT, correlata alla gestione dei percorsi della cronicità, da garantire sia al Sistema sanitario sia a soggetti che individuano forme di assistenza integrativa e/o forme di solidarietà mutualistica.

Alcuni medici della UMG, a seguito di specifico percorso formativo, possono pertanto acquisire un ruolo di "expertise professionale" attraverso l'acquisizione di nuove competenze per la gestione di specifici percorsi di cronicità, comprensivi della esecuzione e interpretazione di primo livello degli esami diagnostici correlati, caratterizzati da: basso costo, facile esecuzione, semplice replicazione, e non invasività, utili ad identificare e monitorare nel tempo

i principali quadri delle patologie e ad identificare la necessità di eventuali ulteriori approfondimenti specialistici di secondo livello, avendo a disposizione uno specialista “second opinion” anche in modalità tele-refertazione/tele-consulto.

In quest’ottica deve essere previsto, modificando la normativa attuale, che i Medici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale effettuino dei tirocini professionalizzanti nell’ambito delle UMG/AFT correlati alla gestione dei percorsi della cronicità e all’utilizzo della tecnologia diagnostica.

**In questo modo i medici che lavorano insieme nelle UMG (personale, diagnostica e competenze di medico esperto) rendono fruibili ai cittadini direttamente nelle sedi comuni dei medici di famiglia, la gestione dei percorsi di cura relativi a singole patologie croniche o alla complessità che nasce dalla contemporanea presenza di più patologie, comprensivi degli esami diagnostici necessari, al fine di garantire ai cittadini la fruizione del loro diritto alla salute in una dimensione di prossimità delle cure.**

Questo approccio consente di sviluppare un’ottica di sussidiarietà, cioè di affidamento alla Medicina Generale da parte del sistema dell’onere di garantire



ai cittadini completamente questi percorsi attraverso la propria autonoma organizzazione, sia in una ottica di rafforzamento del Servizio Pubblico Nazionale/Regionale, ma anche attraverso le opportunità nell'ambito della sanità integrativa, instaurando rapporti con Società di Mutuo Soccorso, come quella di recente costituita proprio da FederAnziani, e/o Fondi integrativi.

Per i propri pazienti fragili, complessi, non autosufficienti, la UMG (medici, personale e diagnostica), fa da nucleo di aggregazione per le altre figure professionali dell'Area delle Cure Primarie, costituendo un Team multiprofessionale di cui il MMG rimane il coordinatore del processo clinico di cura.

Il Team opera con un approccio integrato e multidisciplinare, partendo da una valutazione multidimensionale e formulando un Piano personalizzato di Assistenza.

Anche nel team multiprofessionale è necessario che il rapporto sia personalizzato e di prossimità per cui sono singoli specifici professionisti che si integrano permanentemente nello specifico team, ed anche in questo caso si deve passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa che opera anche con modalità di telemedicina, per mettere i MMG ed i professionisti del Team in grado di lavorare insieme,

per garantire risposte ai bisogni di salute sia completando i Medici di Medicina Generale in prima persona i percorsi di cura più semplici, sia coordinandosi con gli specialisti per la gestione dei percorsi più complessi. Le sedi naturali di erogazione delle prestazioni del Team, considerando la tipologia di pazienti, sono il domicilio dei pazienti (ADI/ADP - Sistema della Domiciliarità) e le Strutture Residenziali. Il team potrà anche avere una sede strutturale nelle sedi delle UMG e/o in strutture territoriali della ASL come i Gruppi di Cure Primarie (GCP), le Case della salute o altre strutture.

In particolare le Case della Salute si potranno realizzare laddove le condizioni consentano una integrazione/connesione tra i servizi che un Distretto “facilitatore” potrà mettere a disposizione e la medicina generale - team di professionisti a cui è demandata la erogazione dell’assistenza e posizionata all’interno di un network territoriale costituito da unità erogative professionali e subordinatamente alla disponibilità delle necessarie risorse.

Le Case della Salute potranno essere “semplici”, costituendo la sede della sola UMG/UCCP o una delle forme della medicina in associazione, o “complesse” potendo ospitare nella stessa struttura altri servizi

della Azienda (ad esempio SERT, DSM, riabilitazione, Uffici amministrativi ed anche letti di Cure Primarie). Nel Team multiprofessionale la prima figura che si deve integrare è quella dell'infermiere/OSS che insieme al medico di famiglia costituisce il binomio base per la gestione delle problematiche sanitarie dei pazienti complessi.

Tra le varie figure non sanitarie del territorio, assume particolare valenza l'Assistente Sociale, che deve garantire la vera integrazione socio-sanitaria. Questo obiettivo è raggiungibile se nel Team si inserisce uno specifico assistente sociale dedicato al team che, recuperando una dimensione generalista, partecipa alle attività di valutazione multidimensionale e di formulazione del piano personalizzato di assistenza dei cittadini fragili e complessi ed è poi in grado di attivare su questo piano personalizzato le risorse sia del sociale comunale che di quello sanitario, perché gliene viene riconosciuta questa competenza da Comune ed ASL. Questo presuppone che le attività di segnalazione dei bisogni e poi di valutazione multidimensionale siano "decentralizzate" a livello di AFT/UMG e che poi l'Assistente sociale inserito nel team partecipi con gli altri professionisti alla gestione

e rivalutazione periodica del piano assistenziale in un'ottica di medicina di iniziativa.

Un ruolo importante nella organizzazione e messa a disposizione di quanto necessario può essere svolto dalla Farmacia dei servizi.

Infine un valore aggiunto al team potrebbe essere rappresentato dalla “Badante formata”, cioè in grado di svolgere le mansioni dell'Assistente Familiare, vero e proprio anello del team multiprofessionale residente nel domicilio del paziente ed in grado non solo di assicurare delle prestazioni assistenziali più appropriate ma soprattutto di attivare l'intervento del team ai primi segni di “destabilizzazione”, sia dello stato di salute che della situazione sociale del paziente.

Il setting più idoneo per assistere i cittadini fragili e complessi è il loro domicilio per cui è necessario ridefinire sulla base di criteri più innovativi e improntati ad una maggiore logica di connessione e multidisciplinarietà le attività del sistema della residenzialità (ADI/ADP).

Le strutture residenziali rappresentano il luogo più appropriato ed efficiente per la gestione della cronicità con fasi di scompenso e riacutizzazione,

associata ad un grado variabile di bisogno sociale. Tali strutture individuabili come un vero e proprio “sistema” devono essere fortemente connesse e coordinate con la domiciliarità (ADI/ADP), in particolare per sostenere quei cittadini che non hanno una rete familiare e/o un adeguato supporto della rete informale. Le strutture vanno allora ripensate in termini di posti letto per 1.000 abitanti e di modulazione della intensità assistenziale in un’ottica di estensività di cura.

Va pensata una struttura organizzativa di raccordo, a disposizione delle AFT/UMG/Team multiprofessionali che metta in relazione l’Ospedale al momento della dimissione di un paziente non autonomo con la domiciliarità e la residenzialità e vanno pensate nuove forme di residenzialità temporanea per accorciare i tempi di degenza di pazienti in pre-dimissione o per evitare un ricovero in soggetti che hanno transitoriamente bisogni sanitari ed assistenziali di intensità non assicurabile a domicilio o nelle strutture residenziali.

Per realizzare tutto quanto sopra descritto è necessario che il SSN/SSR attraverso le ASL trovi le risorse necessarie alla riorganizzazione della Medicina Generale e del Territorio, molte delle quali possono

provenire dalla attribuzione alla Medicina Generale di queste nuove competenze come conseguenza del riequilibrio delle risorse a favore del territorio del fondo sanitario nazionale (FSN) o regionale (FSR).

Tutta la riorganizzazione della Medicina Generale e dell'area delle Cure primarie deve trovare adeguato finanziamento dalla riconversione di spese conseguente sia alla riorganizzazione ospedale/territorio, dall'affidamento alla Medicina Generale, in un'ottica di sussidiarietà, dei percorsi di cura della cronicità e dal recupero di spese inutili e sprechi che avvengono in altri settori del sistema sanitario tenendo presente che nel medio periodo un recupero di risorse potrebbe derivare dalle qualità delle cure stesse.





Via Orazio, 10 00193 Roma – te. 06.87756407 Fax 06.87756396  
[segreteria.presidenza@federanziani.it](mailto:segreteria.presidenza@federanziani.it)  
[www.federanziani.it](http://www.federanziani.it)

*seguici su*



@FederAnziani  
@FederAnziani\_FA



FederAnziani  
Il Giornale del web