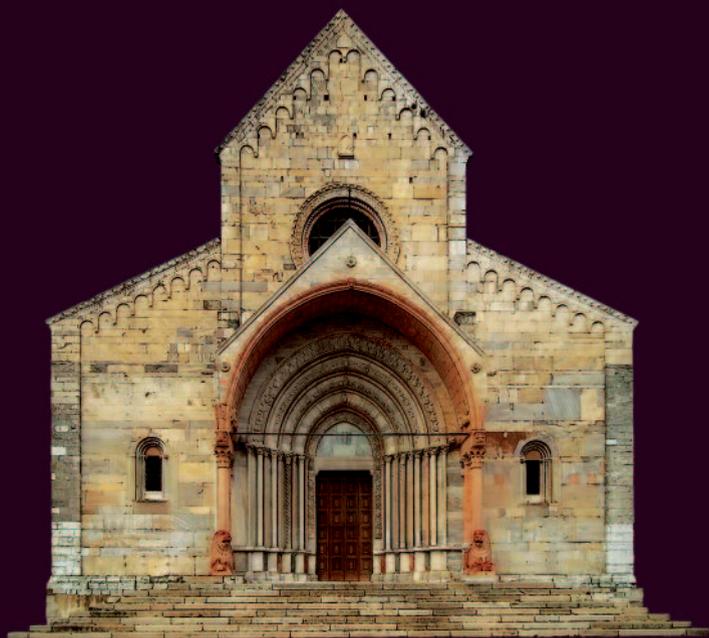


Società Italiana di Medicina



Generale e delle Cure Primarie



ANCONA, 13 MAGGIO 2017
• MOLE VANVITELLIANA •

7^o
CONGRESSO
INTERREGIONALE
SIMG

ABRUZZO • MARCHE • UMBRIA

**CURE PRIMARIE TRA ESSERE E DIVENIRE:
I CONTENUTI E GLI STRUMENTI DELLA SIMG**

CURE PRIMARIE TRA ESSERE E DIVENIRE: I CONTENUTI E GLI STRUMENTI DELLA SIMG

Il momento attuale sembra caratterizzato dalla volontà di revisionare profondamente l'organizzazione e il modello professionale del medico di medicina generale e delle cure primarie.

H16, AFT, UCCP, sono sigle che accompagnano questo processo di revisione.

È ineludibile per la nostra Società Scientifica affrontare le tematiche connesse al cambiamento (sinora più teorico che reale) tentando di definire i contenuti dello stesso nei diversi momenti professionali ovvero il governo della cronicità, la risposta all'acuzie non complessa (quella che può essere adeguatamente affrontata in ambiente extraospedaliero), la prevenzione e la promozione della salute nei soggetti sani.

La riduzione dell'offerta assistenziale ospedaliera (posti letto per acuti) è un dato di fatto ed esprime un trend ormai pluriennale che ha portato ad un aumento qualitativo e quantitativo del carico assistenziale territoriale. La riduzione dell'offerta ospedaliera è avvenuta parallelamente ad una mutazione delle necessità assistenziali con un aumento esponenziale, e che sta mettendo a dura prova tutti i sistemi sanitari evoluti, delle patologie croniche degenerative conseguenza del costante aumento della vita media e della popolazione anziana.

Il recente "piano nazionale delle cronicità" del Ministero della Salute cerca di definire compiutamente una problematica che la SIMG ha segnalato e analizzato da molti anni.

Molti anziani, di cui molti con una o, solitamente, più patologie croniche e con necessità assistenziali che mal si adattano alla tradizionale gestione ed organizzazione delle cure primarie, che richiedono un approccio assistenziale "sistematico" basato su compliance del soggetto malato, interazione tra livelli assistenziali, multidisciplinarietà, continuità assistenziale e terapeutica per ottenere i migliori risultati ai costi più sostenibili.

È aumentata la necessità di prestazioni ambulatoriali, domiciliari e residenziali e questo processo è ancora in piena evoluzione con un incremento costante e ancora duraturo previsto da tutte le analisi epidemiologiche.

Altre criticità di sistema sono riconducibili:

- al disorientamento del cittadino in un sistema spesso portato a delegare la risposta
- a una forte preminenza dell'atto amministrativo su quello di cura
- a un eccessivo ricorso al pronto soccorso da parte della popolazione per problemi che potrebbero essere diversamente e altrove risolti
- alla frammentazione del processo di cura pur a fronte della quantità e della qualità delle informazioni complessivamente disponibili nel sistema
- all'iperinduzione di prestazioni generata da atteggiamenti di medicina difensivistica da un lato o dalla pressante richiesta derivante dal consumismo sanitario dall'altro.

Questo mutamento dello scenario assistenziale è avvenuto, ed avviene tuttora, senza sostanziali modifiche e potenziamenti strutturali dell'attività dei medici di medicina generale che si sono trovati e si trovano ad affrontare questa vera e propria emergenza assistenziale con gli strumenti organizzativi e strutturali non integrati nella risposta complessiva del sistema di cure.

AFT, Case della Salute, UCCP e quant'altro sono solo sigle che denotano la ricerca di una risposta di tipo strutturale. Ma senza la definizione della componente professionale (chi fa cosa, con quali strumenti, con quali competenze, insieme a chi) si rischia il solito schema gattopardesco del cambiare tutto perché nulla cambi, nella sostanza.

Mancano completamente:

■ **la predisposizione di un piano economico-organizzativo degli interventi necessari su tutto il territorio nelle sue diverse situazioni ovvero**

- zone a popolazione sparsa e spesso disagiate
- piccoli comuni con bacino di utenza di poche migliaia di abitanti
- comuni di medie e grandi dimensioni

■ **la definizione dei livelli di intervento propri delle cure primarie**

- nella gestione delle situazioni acute non complesse
- le patologie croniche
- la non autosufficienza
- la prevenzione

■ **l'analisi e gestione dei processi che regolano i percorsi assistenziali.**

In questo lavoro gli strumenti e i contenuti della SIMG sono fondamentali e una risposta strutturale senza la definizione dei contenuti professionali è destinata a fallire.

La maggioranza degli studi dei medici di medicina generale è attualmente ancora costituita da punti semplici di erogazione di assistenza mono-professionale (una specie di sportello

unico cui afferiscono tutte le necessità assistenziali e non assistenziali dirette) al massimo supportato da personale di studio e sporadicamente da qualche figura infermieristica. Il modello prevalente è la medicina di attesa, tradizionale. Nel nostro congresso cercheremo di delineare i contenuti in grado di dare anima e sostanza a queste risposte strutturali, teoriche ed inadeguate. Ed in particolare:

1 strumenti di analisi ed evoluzione professionale facendo specifico riferimento all'implementazione ed uso di mille-GPG con esempi specifici e concreti di applicazioni pratiche individuali e di gruppo (AFT).

2 modelli di gestione delle acuzie proprie delle cure primarie con indicazione dei supporti strumentali e di personale infermieristico evidenziando però che il medico di medicina generale non ha come mission principale il supporto al PS ma ha bisogno lui stesso di organizzazione aiuto e strumenti per i propri compiti (tra i quali l'acuzie non complessa non è la componente principale). L'accesso al PS dei cosiddetti codici bianchi resta uno dei principali nodi critici di sistema. Le attuali forme associative della medicina generale (in gruppo o in rete) non hanno contribuito a limitare tale numero di accessi. I codici bianchi non corrispondono a una scarsa reperibilità del medico di famiglia. È invece probabile che tale fenomeno – fortemente condizionato dalle preferenze del cittadino – sia legato:

- a. al tentativo di ottenere risposte – in termini di visite specialistiche e/o di accertamenti strumentali/laboratoristici – in tempi decisamente più brevi rispetto agli abituali canali di erogazione delle prestazioni in seno al SSR
- b. al tentativo di eludere i costi dei ticket attraverso il ricorso al PS (pagamento di un ticket per le prestazioni non ritenute urgenti dal PS non sempre e non uniformemente applicata)
- c. all'ansia generalizzata della popolazione, spesso alimentata dai mezzi di comunicazione di massa, che ha comportato una progressiva medicalizzazione della cultura prevalente e una costante ricerca di rassicurazioni in tempi la cui rapidità non è proporzionale alla gravità della situazione
- d. all'opinione sufficientemente diffusa (favorevole dalla continua delegittimazione del ruolo da parte del resto del sistema) che la tecnologia e le professionalità disponibili negli ospedali, più facilmente accessibili attraverso un passaggio in Pronto Soccorso, diano risposte in qualche modo "migliori" (più veloci, più accurate, più sicure) di quelle ottenibili da parte di altri segmenti assistenziali

e. Inadeguatezza delle cure primarie in termini di capacità organizzativa e di risposta all'acuzie non grave/non complicata.

3 modelli di gestione delle patologie croniche nei diversi momenti di

- a. definizione diagnostica
- b. stadiazione e valutazione del danno d'organo
- c. ottimizzazione terapeutica
- d. follow-up interno
- e. follow-up esterno
- f. informazione-formazione del paziente
- g. audit.

4 gestione della non autosufficienza (evoluzione della cronicità soprattutto se lasciata alla sua storia naturale con modelli tradizionali di medicina di attesa) con definizione della gestione domiciliare (continuiamo con le visite a riepilogo o proponiamo un modello basato sulla complessità assistenziale?).

5 definizione dei compiti specifici legati alla prevenzione primaria e secondaria da parte delle cure primarie.

In tutti questi aspetti è ineludibile la definizione del grado di competenza e di performance minimo da parte del medico di medicina generale (necessita formative), del supporto strumentale (Ecografo, Ecg, Spirometro, Holter pressorio, Pulsossimetro, etc.) con le conseguenti fasi formative specifiche; del supporto del personale infermieristico, definendo bene compiti reciproci e livello di competenze; del rapporto con i livelli specialistici interni ed esterni alle cure primarie; del collegamento con le figure preposte al bisogno sociale che spesso si sovrappone al bisogno sanitario.

Il Congresso SIMG-Centro ha sempre affrontato concretamente le tematiche assistenziali delle tre regioni (Abruzzo-Marche-Umbria) e anche stavolta vuole offrire, con i suoi lavori, analisi e proposte di soluzione derivanti dal lavoro della SIMG, principale Società Scientifica della Medicina Generale italiana. In una realtà assistenziale in divenire, le cure primarie devono completare un percorso di evoluzione che le metta in grado di affrontare il mutato scenario assistenziale. Per far questo è necessario affiancare alle parole ed alle sigle contenuti scientifici e strumenti di analisi derivanti dal lavoro della SIMG italiana e regionale.

7^o CONGRESSO INTERREGIONALE SIMG

ABRUZZO • MARCHE • UMBRIA

ANCONA, 13 MAGGIO 2017

• MOLE VANVITELLIANA •

Banchina Nazario Sauro, 28 - 60121 Ancona

PRESIDENTI DEL CONGRESSO

Claudio Cricelli
Dario Bartolucci

COMITATO SCIENTIFICO

Dario Bartolucci
Italo Paolini
Damiano Parretti
Alessandro Rossi
Enzo Ubaldi
Lucio Zinni

COMITATO ORGANIZZATORE

Marilena Capriotti
Luciano Caraceni
Massimo Covanti
Danilo De Santi
Luciano Giacci
Piero Grilli
Luciano Lippe
Gabriella Salladini
Renato Seller
Giorgio Sensini
Carlo Stramenga

SEGRETERIA SCIENTIFICA



SIMG

Via del Pignoncino, 9/11
50142 Firenze

Tel. 055 700027 - Fax 055 7130315
segreteria@simg.it
www.simg.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



AIM Group International
Sede di Firenze

Viale G. Mazzini, 70
50132 Firenze
Tel. 055 23388.1
Fax 055 3906910

simgcentro2017@aimgroup.eu
www.aimgroupinternational.com