MEDICINA GENERALE

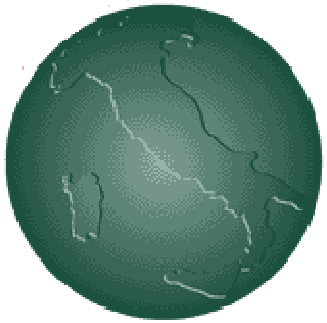
Analisi di una professione emergente

LA DEBOLEZZA STRUTTURALE DELLA MEDICINA GENERALE ITALIANA

UNA SFIDA
ALLA PROFESSIONE E ALLA POLITICA
FRA L'ESPLOSIONE DELLE CRONICITÀ
E
IL TRAMONTO DELL'OSPEDALITÀ CLASSICA

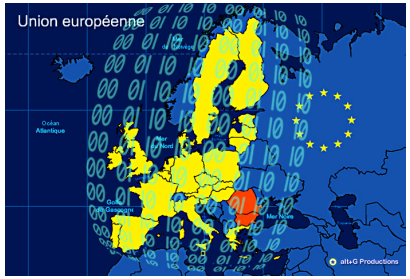
MEDICINA GENERALE :
ANALISI DI UNA PROFESSIONE EMERGENTE

- La MG è una disciplina molto giovane nata da pochi decenni in contesti europei più avanzati



In Italia ha trent'anni

In Europa ha già assunto le caratteristiche di specializzazione autonoma con un proprio contesto educativo e di ricerca

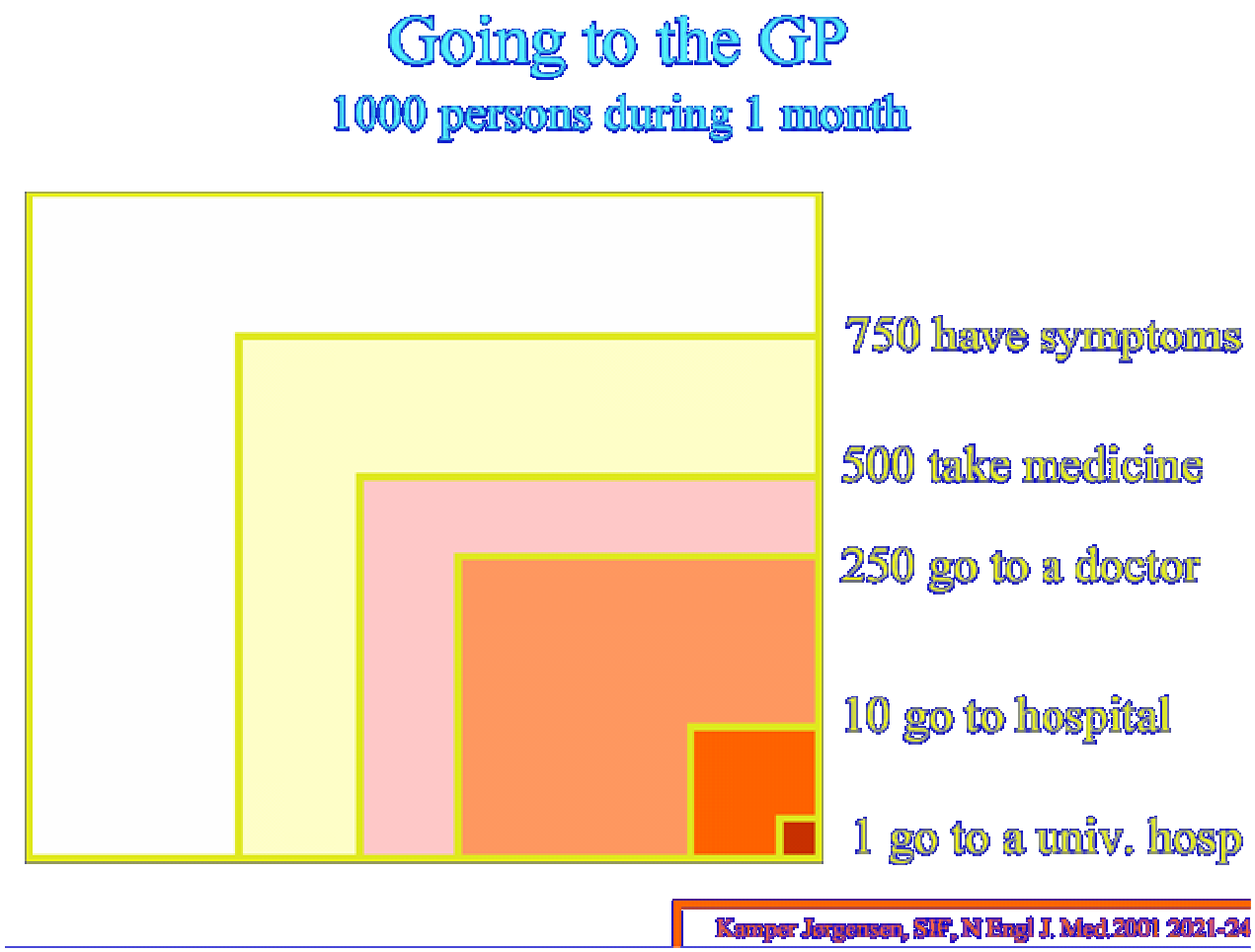


MEDICINA GENERALE :
ANALISI DI UNA PROFESSIONE EMERGENTE

SSN ⇒ attenzione alla MG

MG ⇒ elemento strategico di regolazione della domanda di salute di prestazione e di servizi da parte dei cittadini

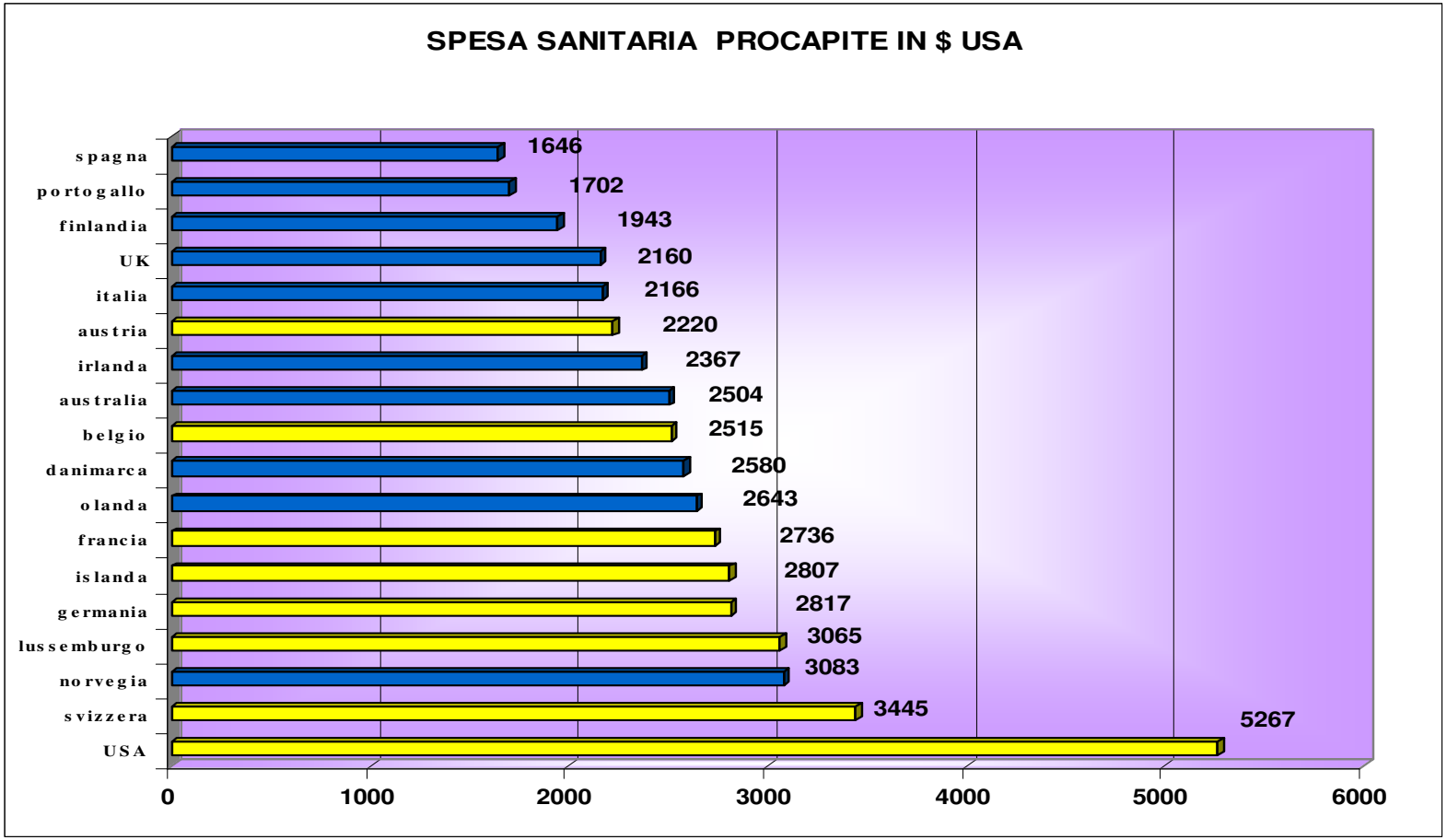
MEDICINA GENERALE :
ANALISI DI UNA PROFESSIONE EMERGENTE



MEDICINA GENERALE:
ANALISI DI UNA PROFESSIONE EMERGENTE

- Circa 1.200.000 cittadini giornalmente vengono visitati negli studi dei medici di medicina generale e
- altrettanti contattano il medico telefonicamente o in studio per problemi minori
- Più dell'85% dei problemi vengono risolti senza il ricorso al 2° livello.
- Se la capacità di filtro si abbassa, anche solo del 5%, 60.000 nuove persone al giorno si riverserebbero sugli altri servizi.

COMPARAZIONE SERVIZI SANITARI



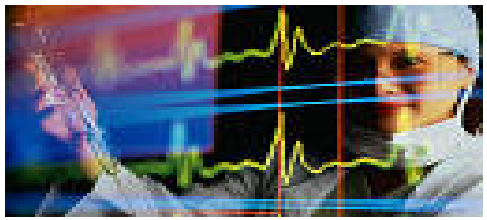
LA MODIFICAZIONE DELLA DOMANDA

- La nuova cultura della salute
- Il cambiamento della percezione dello spazio e del tempo biologici
- I cambiamenti nella struttura della popolazione e delle curve anagrafiche spostate sulle decadi più anziane
- La sconfitta delle storiche malattie mortali soprattutto infettive
- Lo sviluppo della medicina di "contenimento" delle malattie croniche che ha consentito agli uomini di sopravvivere più a lungo convivendo con malattie che , appena pochi lustri fa determinavano rapidamente la morte
- Lo sviluppo delle tecniche di prevenzione secondaria che comportano il monitoraggio di sintomi e segni prima valutati in coorti di popolazione sempre più vasta
- Il progresso tecnico e scientifico che ha affinato approcci terapeutici e inventato cure per problemi fino a ieri non affrontabili o sottosoglia

IL TRAMONTO DELL'OSPEDALITA'CLASSICA

LA RIVOLUZIONE TECNOLOGICA CI HA RESTITUITO UN NUOVO MODELLO DI OSPEDALE:

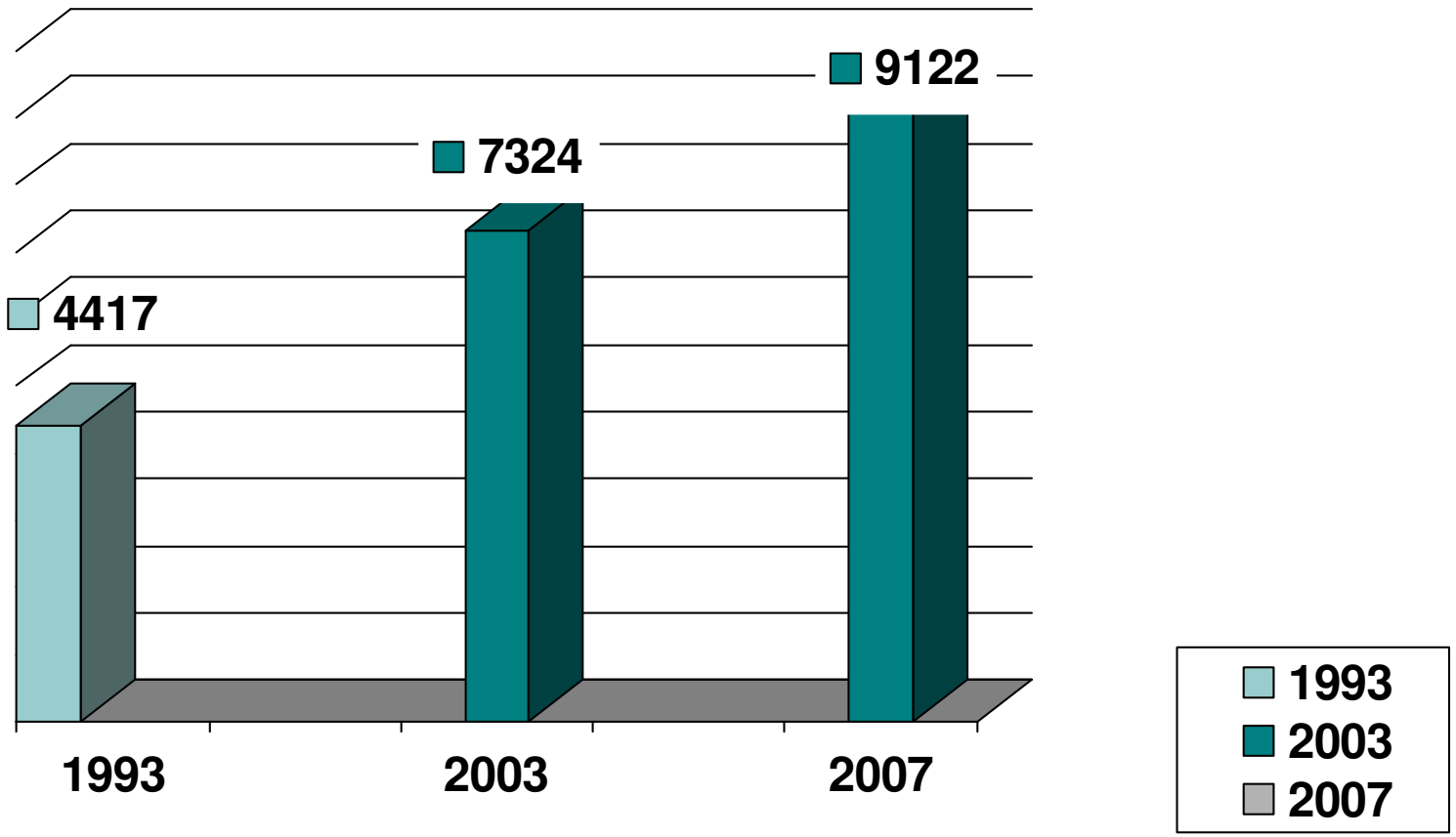
- **LUOGO PER CURE BREVI DAY HOSPITAL E DAY SURGERY**
- **LUOGO PER INTERVENTI BREVI CON SOGGIORNI IN CONDIZIONI MENO CONFORTEVOLI CHE NELLE NOSTRE ATTUALI DIMORE**
- **DEGENZE CON I TEMPI MINIMI PER RISOLVERE LA MALATTIA ACUTA NON CURABILE AL DOMICILIO**
- **LUOGO PER UN RAPIDO FOLLOW-UP DELLE CRONICITÀ DELL'UTENTE**
- **LUOGO PER L'INTERVENTO CHIRURGICO COMPLESSO**



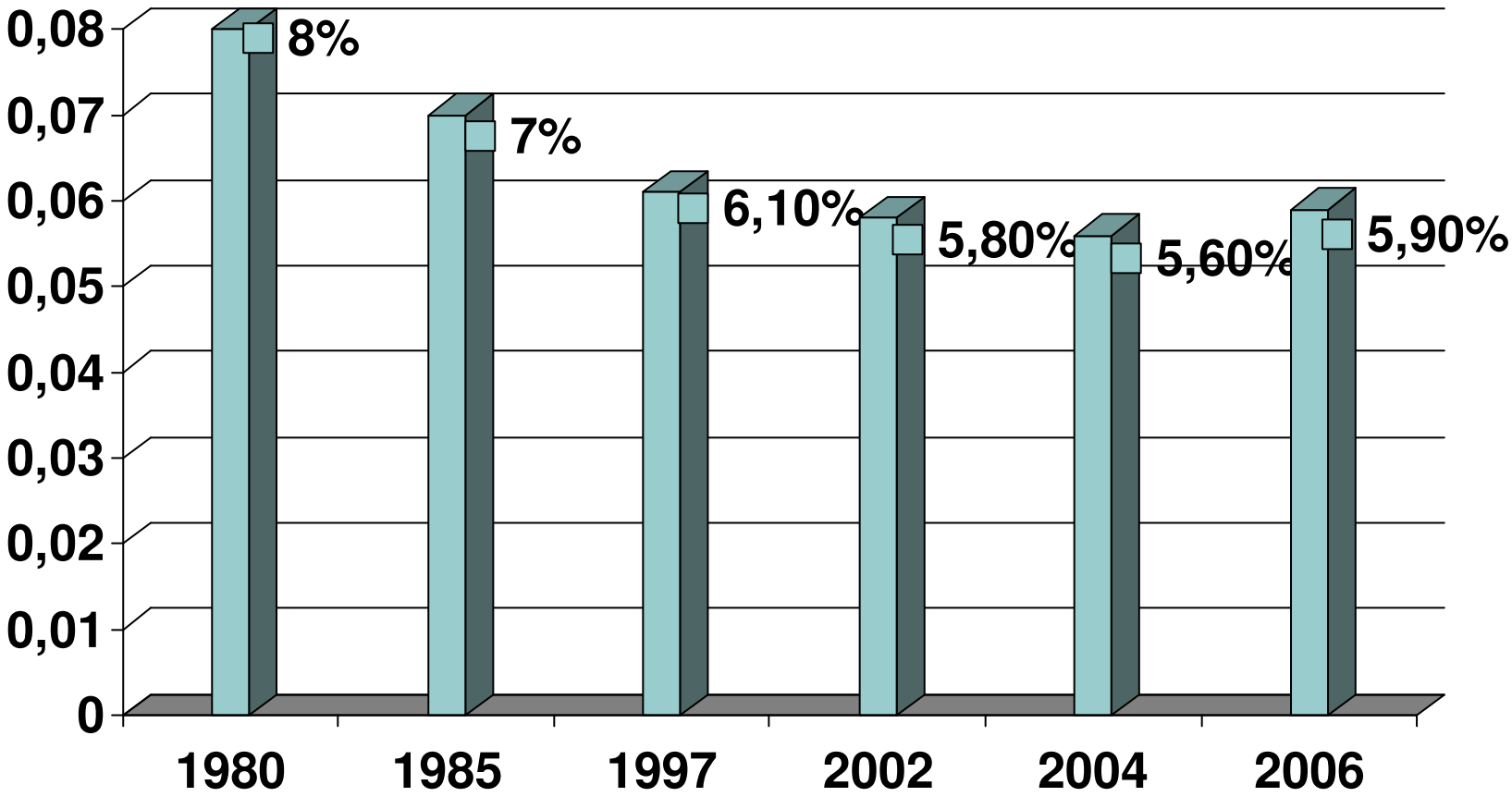
UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE NEL VENETO

- OGGI QUASI UNO SU DUE DEI SUOI ASSISTITI SUPERA I 60 ANNI
- ESEGUE 5-6 ORE DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE GIORNALIERA\1000 ASSISTITI PER MONITORARE MALATTIE CRONICHE VARIAMENTE ASSOCIATE
- PRESTA ASSISTENZA CONTINUATIVA AL DOMICILIO A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON GRADI DIVERSI DI MALATTIA E INVALIDITÀ, CIASCUNO CON BISOGNI ASSISTENZIALI DI TIPOLOGIA E INTENSITÀ DIFFERENTI

EVOLUZIONE DEL CARICO DI LAVORO DEL MEDICO DI FAMIGLIA : VISITE/ANNO



PERCENTUALE STORICA DI SPESA PER LA MEDICINA GENERALE IN % SUL FSN



POLITICHE URGENTI MODULATE SU 5 DIRETTIVE

Direttiva 1

Se aumenta la quantità del lavoro nell'area territoriale delle cure è indispensabile

- ***ampliare la pianta organica del servizio,***
- ***aumentare l'impegno e rimodulare il profilo professionale degli addetti***
- ***prevedere un'unica figura di Medico di Medicina Generale attraverso:***

  l'istituzione del RUOLO UNICO del MMG con una diversa natura giuslavoristica del suo contratto di lavoro

AZIONI

- **Ridefinire legislativamente la natura giuridica del lavoro del MMG**
- **Abbassare il massimale e l'ottimale dei MMG del 10% con contestuale raddoppio della quota capitaria per gli assistiti con più di 65 anni**
- **Ciò permette l'inserimento di 5000 nuovi MMG**
- **La continuità assistenziale (CA) notturna, prefestiva e festiva, è obbligatoria per i neoinseriti, che già provengono in gran parte dalla Continuità Assistenziale, e per i medici con basse scelte ed è comunque attività incentivata anche per tutti gli altri MMG .**
- **La CA 24H viene organizzata su base distrettuale o sovradistrettuale: diventa attività di istituto del MMG che avrà quindi funzioni di assistenza sia diurna che notturna, a turni, nelle strutture aziendali H24**
- **Le strutture H24 si qualificheranno anche come centri di primo intervento diurno e notturno per fare adeguato filtro delle urgenze, dotato di ambulanza attrezzata, attivo 24 ore su 24, gestito a turno come attività oraria dalla MG. Sarà dotato di personale infermieristico e di tecnologia diagnostica di base, anche di tipo telematico.**

Direttiva 2

Incentivare la collaborazione fra i MMG per la diffusione delle EQUIPE di Medicina e Pediatria .

AZIONI

- Prevedere un congruo incentivo di valore non inferiore a 18 euro/assistito/anno per i MMG che decidono di mettersi in equipe
- Prevedere standard minimi di dotazione delle equipe:
  - gestione in rete delle cartelle sanitarie,
  - diagnostica di base,
  - l'avvio di ambulatori dedicati alle patologie croniche a maggior impatto epidemiologico.

Direttiva 3

Dotare le equipe di MMG , siano esse medicine di gruppo, case della salute, UTAP, di idonee strutture, di personale e di servizi

AZIONI

- Prevedere una direttiva che impegni le Amministrazioni comunali e le ASL a individuare e a mettere a disposizione strutture pubbliche idonee ad ospitare le equipe di MG, prevedendo un contratto tipo nazionale incentivante.
- Prevedere un adeguato investimento in personale segretariale e infermieristico.
- Prevedere che nelle equipe possano turnare gli Specialisti ambulatoriali interni e/o gli Specialisti ospedalieri attraverso i meccanismi già previsti dalla Convenzione SAI e il Contratto della dirigenza medica vigenti. Questo servizio sarà concordato nelle modalità e nei volumi fra i Responsabili dei Distretti e le equipe su obiettivi condivisi e per favorire l'abbattimento delle liste di attesa.

Direttiva 4
riordino del governo clinico del settore

- Le UMG sono un primo passo importante
- L'istituzione del Dipartimento delle cure primarie
- Il riconoscimento della funzione dirigente e della carriera nel nuovo inquadramento lavorativo del MMG

Direttiva 5

affrontare il problema della debolezza economica del settore

- Rispetto dei tempi di rinnovo delle convenzioni
- Diminuzione del reddito per effetto di due meccanismi convergenti:
  - **maggiori costi generali**
  - **mancato recupero** dell'inflazione reale

CONCLUSIONI

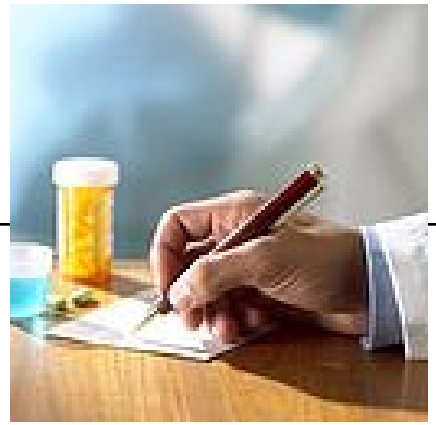
- **E' UN'INCONGRUENZA CONTINUARE A IMMAGINARE DI POTER PROGETTARE L'INTERO ASSETTO STRUTTURALE DEL SERVIZIO DI MEDICINA DI FAMIGLIA ATTRAVERSO LO STRUMENTO ORMAI INSERVIBILE DEGLI ACN , COME AVVENUTO DAL 1979 IN POI**

- LA RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE DELLA MEDICINA GENERALE NEL PAESE, DEVE PARTIRE DAL LIVELLO CENTRALE DI GOVERNO, AVERE VALENZA NAZIONALE E PREVEDERE STANDARD MINIMI CONCORDATI CON LA CONFERENZA DELLE REGIONI, ADOTTANDO LE DIRETTIVE DESCRITTE.
- SOLO QUESTA È LA STRADA CHE POTRÀ GARANTIRE LO SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE E L'UNIFORME QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI FORNITE DELLA MEDICINA GENERALE NEL NOSTRO PAESE .

CONCLUSIONI

- **LA MEDICINA GENERALE STA ASSUMENDO DIMENSIONI E RESPONSABILITÀ CHE NECESSITANO DI ASSETTI ORGANIZZATIVI DIVERSI DAL "CONVENZIONAMENTO A PRESTAZIONE" SUFFICIENTE NELL'ERA APPENA SUCCESSIVA ALLE MUTUE.**

CONCLUSIONI



- **PER FAR FRONTE AL NUOVO RUOLO CHE LA DOMANDA DI SALUTE E IL VERTIGINOSO AUMENTO DELLE PRESTAZIONI IMPONGONO È NECESSARIO IMMAGINARE ANCHE UN NUOVO IMPIANTO DEL SERVIZIO E UN PROGRAMMA DI INVESTIMENTI ADEGUATO.**