

Relazione 19* congresso Provinciale FIMMG

Grazie a tutti i graditi ospiti. Alle autorità: il dott. Stefano Lorusso Capo della Segreteria Tecnica del Ministero alla Salute, Direttore Del Dipartimento Salute Montanaro, al Direttore Sanitario Asl Bari dott.ssa Silvana Fornelli.

Grazie al Segretario Generale di Cittadinanza Attiva Annalisa Mandorino, al dott. Giovanni Migliore Presidente Nazionale di FIASO, al dott. Filippo Melchiorre Responsabile Anci Sanità Puglia.

Grazie al Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, al Segretario Nazionale Silvestro Scotti, al Segretario regionale della FIMMG Donato Monopoli, a tutti gli amici segretari provinciali FIMMG della Puglia.

Grazie ai colleghi presenti. È bello vedervi e potervi salutarvi tutti.

Oggi celebriamo il nostro 19* congresso Provinciale.

Oggi si avvia una stagione di confronto su questioni importanti.

Dal nostro lavoro, dalle nostre idee, dal confronto dovrà venire fuori la nostra proposta per una riforma del sistema di cure territoriali dove davvero sia messo al centro l'interesse dei cittadini, consentendo ai professionisti di fare il proprio lavoro senza alcun tipo di restrizione legata a strutture o a inquadramenti giuridici.

Noi ci siamo e non possiamo non dimenticare in questo momento i tanti, troppi colleghi che non ci sono più!

La pandemia in questo lungo periodo emergenziale ha evidenziato ed esacerbato sul territorio nazionale tutte le difficoltà che la professione medica incontra giornalmente nel garantire l'assistenza ai cittadini.

Una difficoltà ed un conseguente disagio trasversale a tutte le componenti della Professione, dagli ospedalieri ai medici di famiglia, dagli operatori del 118 agli specialisti ambulatoriali, dagli specializzandi ai medici della continuità assistenziale, dai medici delle RSA a quelli dell'ospedalità privata.

I medici del servizio pubblico si sono spesi senza risparmio per far fronte alla pandemia, non solo curando i pazienti, ma cercando di puntellare, con la loro disponibilità e abnegazione, tutta una serie di carenze strutturali e organizzative, che si erano ormai fatte sistema e che il Covid ha accentuato.

I medici di medicina generale si sono ritrovati soli sul territorio, abbandonati a loro stessi, senza protocolli di sicurezza, senza strumenti, senza protezioni.

Ancora oggi siamo vittime di disfunzioni organizzative: siamo l'unico pezzo del sistema legato dal rapporto fiduciario al cittadino, e veniamo chiamati in causa impropriamente per dare risposte su tutto. In alcuni momenti sembra quasi che la medicina generale sia il "call center" del sistema sanitario regionale.

Prima di parlare di ciò che bisogna fare, non è possibile non partire dall'analisi di quello che è successo.

I medici di famiglia, la medicina generale si è ritrovata da sola con l'esplosione della pandemia, soli sul territorio.

Da un giorno all'altro tutte le strutture del sistema sanitario regionale sono state chiuse e l'accesso impedito.

Non avevamo protocolli di sicurezza, non avevamo strumenti, non avevamo protezioni, non avevamo le conoscenze per gestire una malattia nuova.

La percezione di isolamento e abbandono che la categoria ha percepito è evidente nei dati. Il 58,4% dei MMG è insoddisfatto dell'organizzazione della medicina generale sul proprio territorio durante i mesi di pandemia, ma il dato che più colpisce è che l'84,7% dei MMG non si è sentito supportato e sostenuto dalle istituzioni sanitarie locali.

Dall'inizio della pandemia FIMMG a tutti i livelli ha sempre cercato di supportare al meglio tutti i colleghi.

Dovevamo, in un contesto difficile per il paese, caotico, dare risposte, dare protezione, individuare protocolli che non mettessero a rischio l'assistenza ai cittadini certamente più disorientati di noi e nello stesso tempo mettere in sicurezza la categoria.

Per ottenere questo ci siamo assunti la responsabilità di mantenere aperto un dialogo e un confronto con le istituzioni non sempre facile.

A volte quest'atteggiamento è apparso "troppo collaborante" con quella parte di Istituzioni da cui i MMG si sentono abbandonati e isolati.

Io voglio ricordare sinteticamente quello che è stato fatto in una situazione di emergenza sanitaria senza precedenti e che è stata caratterizzata da fasi diverse: 18 lunghi mesi!

La Medicina Generale, nonostante sia parte integrante del SSN, a marzo 2020 marginalizzata nei processi di tutela senza dispositivi di protezione ha dovuto organizzarsi autonomamente per fornire i primi dispositivi di protezione ai MMG.

Molti di noi non avevano neanche una mascherina chirurgica.

In questo contesto FIMMG ha dovuto fare da sola e contare sul supporto di molti soggetti privati come le aziende del farmaco, associazioni, singoli cittadini che hanno risposto alla nostra richiesta di aiuto! A tutti io dico grazie!

Abbiamo ricevuto da FIMMG Nazionale e distribuito agli iscritti della Provincia di Bari:

- ✓ 38.400 mascherine chirurgiche;
- ✓ 20.000 mascherine FFP2;
- ✓ 3.240 flaconi di disinfettante;
- ✓ 9.000 camici;
- ✓ 1.400 visiere;
- ✓ 800 confezioni di guanti.

Fimmg Bari, responsabilmente, con risorse proprie a marzo 2020 ha acquistato 10.000 maschere FFP2 e le ha distribuite senza alcuna distinzione di tessera a tutti i medici di famiglia della ASL e a tutte le sedi di continuità assistenziale.

Abbiamo distribuito agli iscritti 22.080 mascherine chirurgiche, e 540 disinfettanti.

Nel mese di settembre distribuiremo altri 3.120 flaconi di disinfettante che arriveranno da FIMMG Nazionale.

FIMMG Puglia ha avuto la capacità di mantenere aperto il dialogo, nonostante il momento e nonostante la criticità nei rapporti con la parte pubblica di quel momento, avendo sempre la capacità di proporre soluzioni concrete per consentire da una parte di continuare ad assistere i nostri pazienti e dall'altra di tutelare la loro sicurezza e quella di tutti i MMG della nostra regione.

Le nostre proposte, la nostra capacità di trovare sintesi, hanno messo in sicurezza tutti i MMG della nostra regione e possiamo affermare che in Puglia siamo riusciti a contenere il numero di colleghi di MMG contagiati e morti che purtroppo abbiamo riscontrato in altre regioni.

Abbiamo avuto solo una settimana in più di tempo e la abbiamo utilizzata per garantire la sicurezza dei MMG al meglio e contemporaneamente fornire, con il supporto scientifico di SIMG, SIICP e la Clinica di Malattia Infettive del Policlinico di Bari le prime linee guida per la gestione clinica domiciliare dei pazienti COVID.

Abbiamo gestito una campagna di vaccinazione antiinfluenzale con difficoltà senza precedenti perché effettuata in piena seconda ondata, non ancora vaccinati, dimostrando che i nostri studi sono, anche in un contesto di emergenza pandemica, strutture del sistema sanitario regionale accessibili ai nostri pazienti.

Tutto in un contesto di grave disorganizzazione logistica che ha messo in discussione il rapporto di fiducia con i nostri pazienti e che è stato uno degli esempi di come i MMG percepiscono l'isolamento e mancato supporto da parte delle Istituzioni: **era difficile comunicare ai cittadini in modo chiaro che i vaccini i mdf non li avevano?**

In piena seconda ondata, con il fallimento delle procedure di tracciamento e sorveglianza ci è stato chiesto di dare una mano per assolvere ad un compito che non è mai stato nostro.

Lo abbiamo fatto anche in questo caso perché riteniamo di essere parte responsabile del sistema e nell'interesse dei nostri pazienti.

Anche in questo siamo stati lasciati soli!

Abbiamo da soli dovuto imparare e poi insegnare le procedure, da soli imparare e poi insegnare ad usare piattaforme regionali, da soli imparare e poi insegnare a gestire situazioni complesse senza nessun punto di riferimento nel Dipartimento.

(diapositiva 2)

Abbiamo lavorato in silenzio senza sosta fino a tardi anche di sabato e domenica dimostrando che non ci siamo mai sottratti al nostro ruolo e alle nostre responsabilità.

E questa volta nessuno può accusarci di autoreferenzialità.

Lo dicono i dati in possesso della regione.

Ancora una volta per tutelare i nostri pazienti abbiamo dovuto rivendicare il diritto ad avere gli strumenti adeguati per fare diagnosi: un numero sufficiente di tamponi molecolari giornaliero.

La campagna vaccinale anticovid: se la sensazione di isolamento ha caratterizzato il primo anno di emergenza, con l'avvio della campagna vaccinale la "sensazione" è diventata davvero complicata e forse non esplicitabile.

Anche in questo caso abbiamo dato la nostra collaborazione per senso di responsabilità e di appartenenza. Ci è stato chiesto a campagna di massa avviata di vaccinare i pazienti a domicilio e i soggetti più fragili che il sistema non era in grado di individuare e selezionare.

Abbiamo fatto sacrifici indescrivibili in piena III ondata, con una organizzazione e logistica che definire oggi "complicata" probabilmente non rende giustizia a quello che i mdf hanno dovuto sopportare.

Riconosciamo l'impegno, la volontà, lo sforzo della Direzione Strategica, del coordinamento dei DSS, di molti direttori di distretto (non tutti) per minimizzare i disagi e le amarezze.

Ma l'amezza più grande è stata quella di registrare una incomprensibile competizione nell'accaparramento delle dosi di vaccino e di aver dovuto rivendicare il diritto a poter vaccinare i soggetti più fragili.

Anche questa volta è stato messo in discussione il nostro rapporto di fiducia. Ancora una volta il sistema non è stato capace, o forse non ha voluto, comunicare che i mdf hanno avuto a disposizione uno/due flaconi a settimana, a volte ogni 14 giorni per vaccinare i soggetti più fragili in base alle priorità definite dal ministero, mentre gli hub, a volte improvvisati, hanno avuto priorità nella distribuzione dei vaccini per categorie in quel momento non prioritarie.

Anche se ci sono stati segnali forse ci sarebbe stato bisogno di maggiore coraggio nelle scelte!

Oggi possiamo affermare che la medicina generale della nostra regione e della nostra provincia ha raggiunto il compito affidato: abbiamo vaccinato a domicilio i pazienti che la complessa macchina degli hub non era in grado di raggiungere, abbiamo vaccinato negli studi e nelle strutture distrettuali i nostri pazienti più fragili contribuendo in modo significativo ad impattare sulla riduzione della mortalità e sui ricoveri.

Sono circa 134 mila i cittadini (oltre il 10% della popolazione della nostra ASL) vaccinati dai medici di famiglia della ASL BARI per un totale di oltre 253 mila vaccini effettuati tra I e II dosi, oltre 26 mila sono i cittadini vaccinati a domicilio per un totale di oltre 52 mila vaccini tra I e II dosi, 106 mila i vaccini effettuati nei nostri studi e 95 mila quelli in strutture messe a disposizione dalla ASL.

(diapositiva 3)

Abbiamo dimostrato su scala regionale come la medicina generale abbia da sempre la capacità di avviare percorsi medicina di iniziativa o proattiva: abbiamo gli strumenti informatici per stratificare i nostri pazienti, abbiamo avuto la capacità in un contesto di disorganizzazione e incomprensibile competizione di organizzare le nostre sedute vaccinali chiamando, grazie all'infaticabile lavoro dei nostri pochi collaboratori i pazienti selezionati, li abbiamo vaccinati secondo le linee guida indicate dal ministero.

(Diapositiva 4)

Al di là dei carichi di lavoro, al di là dei sacrifici fatti anche nella vita familiare, credo che il risultato ottenuto nel rapporto con i nostri pazienti parli da solo!

Qualche parola per i settori

I medici del 118, in Puglia, hanno colmato le carenze organizzative, sobbarcandosi anche compiti diversi dall'emergenza: andando nelle case dei pazienti e riducendo le ospedalizzazioni ingiustificate.

Si sono fatti "tutori" dei pazienti più anziani e soli, chiudendo abitazioni, preparando borse per l'ospedale, assistendoli sino all'ultimo quando i parenti non potevano vederli.

Il settore emergenza 118 però sta pagando a caro prezzo anni di assenza istituzionale sia nella mancata programmazione che nella mancata organizzazione del lavoro. Conseguenza è la disaffezione da parte dei colleghi verso una parte importante del nostro sistema di cure. Si determina così inevitabilmente la demedicalizzazione delle ambulanze per dimissione dei Medici (400 medici in puglia contro i 530 previsti dalla pianta organica regionale).

Stiamo cercando di far comprendere alla politica dove intervenire e quali sono i correttivi da apportare per non far morire un settore indispensabile agli occhi della popolazione, ma è il momento di agire perché di tempo ne è rimasto veramente poco.

La Continuità Assistenziale

La continuità assistenziale è una risorsa fondamentale in cui investire, credere e scommettere per i prossimi anni. I medici del settore sono un elemento fondamentale dell'assistenza territoriale ma l'organizzazione della Continuità non ha subito alcun rinnovamento negli ultimi anni e l'attuale modello organizzativo è superato e non più adatto. Questo servizio, gravato già da tempo da carenze organizzative, operative e strutturali, ha mostrato durante la pandemia tutto il suo isolamento, lasciando spesso colleghi senza armi di difesa ma soprattutto senza strumenti per poter intervenire attivamente nell'assistenza.

È mancata la valorizzazione di questi professionisti durante tutta questa fase e probabilmente il settore poteva fare di più.

Ora è il momento di ricostruirlo il settore, definendo un innovativo progetto assistenziale che si integri con il progetto della medicina generale.

La continuità assistenziale necessita di interventi strategici di riorganizzazione che favoriscano un uso efficiente ed efficace delle risorse umane che ha a disposizione; ciò può avvenire solo attraverso una profonda integrazione all'interno della medicina generale.

Per queste ragioni, in questo momento storico, è essenziale ristrutturare il servizio ripensando ad esso come parte integrante della medicina generale, in modo che possa garantire attività diurne ambulatoriali superando il dualismo fra i settori per la prestazione, a favore invece di una nuova medicina generale più competitiva per il raggiungimento di obiettivi di salute.

L'h16 può essere il punto di partenza su cui costruire il futuro della continuità assistenziale.

La Formazione

Il futuro della medicina generale e della professione di medico di medicina generale non può non tenere conto del contributo della parte più giovane della categoria e quindi di quei colleghi che da poco hanno concluso la formazione, di coloro che la stanno completando e di quelli che oggi iniziano il percorso formativo. È indubbio che la formazione in Medicina generale durante la pandemia è stata stravolta e adattata ai bisogni assistenziali dell'epoca covid.

La necessità delle istituzioni di potenziare la rete assistenziale durante l'emergenza, ha favorito il reclutamento dei medici in formazione, non solo riconoscendo per la prima volta ore di attività pratica per le attività lavorative svolte sul territorio durante il corso ma superando vetuste logiche di incompatibilità che tanto danno hanno causato in passato alla qualità della formazione, limitando le prospettive professionali di giovani colleghi.

Il corso di formazione fino a questo momento caratterizzato da un tirocinio meramente osservativo come definito dalla legge 368 e s.m.i, si è trasformato in un percorso di formazione-lavoro. I medici del corso di formazione si sono dimostrati pronti ad intervenire attivamente durante l'emergenza covid con professionalità e competenze, anche nelle fasi di maggiore paura ed incertezza, dimostrando come puntare su di loro e sulla qualità della formazione possa rivelarsi un grande vantaggio per il Sistema sanitario nazionale e i cittadini stessi. Riconoscendo la specificità dei professionisti della medicina generale, non si può e non si deve mettere in discussione con continui tentativi di sanatorie ed equiparazione di titoli questo percorso di formazione unico ed insostituibile per le cure primarie. La consapevolezza del proprio ruolo e la capacità di adattamento ai cambiamenti è ciò che caratterizza le nuove generazioni di medici di medicina generale che si sono formati attraverso un percorso specifico; un'esperienza e un patrimonio che non può e non deve essere perso.

Un patrimonio per tutta la FIMMG che non può essere perso.

IL PNRR

Adesso però è il momento di guardare al futuro comprendendo anche con quale prospettiva, con quale ruolo e soprattutto quale sfida la medicina generale deve cogliere in un contesto non facile.

Non facile perché la pandemia ha messo a nudo certamente tutte le debolezze del sistema, debolezze legate ad anni di tagli trasversali e a mancati investimenti strutturali sull'assistenza territoriale.

(diapositiva 5)

Il piano nazionale di resilienza in premessa individua alcune criticità del nostro sistema (nulla di nuovo in realtà) ma vediamo:

- ✓ (i) *significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;*
- ✓ (ii) *un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;*
- ✓ (iii) *tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;*
- ✓ (iv) *una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.*

(diapositiva 6)

Individua Le Strategie complessive "volte ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici in un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, con una dichiarazione chiara che una **larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche**, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale".

(diapositiva 7)

Sono 15,63 mld di euro investiti nella missione 6 del piano di resilienza.

- ✓ 7,00 miliardi per RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
 - Rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio (potenziamento e creazione di strutture e presidi territoriali; case della comunità; ospedali di Comunità)
 - Rafforzamento dell'assistenza domiciliare
 - Sviluppo della telemedicina
 - Integrazione con tutti i servizi sociosanitari
- ✓ 8,63 miliardi per INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 - Rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti
 - Completamento e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 - Miglioramento capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) → sistemi informativi più efficaci
 - Ricerca scientifica

- Formazione del personale.

(diapositiva 8)

Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima

Costi e fonti di finanziamento non specificati.

Prevede due attività principali:

- DM71: definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate (termine: entro il 2021 tramite specifico decreto ministeriale)

- Legge One Health: definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in linea con l'approccio "One-Health" (termine: entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere)

(Diapositiva 9)

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove per un costo di 2,00 miliardi di euro.

- strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai **malati cronici**;
- struttura fisica in cui opererà **un team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali (rafforzamento servizi sociali territoriali e maggiore integrazione)*

- **punto di riferimento continuativo per la popolazione** (anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica); **finalità: garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.**

Prevede la costituzione del punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari

(diapositiva 10)

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina

Investimento da 4 miliardi

- L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in **assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il **10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 - 2,72 miliardi**

- **Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza - **0,28 miliardi**

- **Utilizzare la telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche – **1 Miliardo**

(diapositiva 11)

Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di **381 Ospedali di Comunità** (la metà del 2026). **1 Miliardo**

- potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

(Diapositiva 12)

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026

Come ha tradotto AGENAS il piano nazionale di resilienza?

DIAPOSITIVA 13

Il documento di AGENAS - LE CASE DI COMUNITA' SECONDO AGENAS

Il SSN persegue pertanto questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le **Case della Comunità**, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle **cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;

- con logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la **stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni**;
- con modelli di **servizi digitalizzati**, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali);
- attraverso la **valorizzazione della co-produzione con gli utenti** e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- con la **partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità** nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

Diapositiva 14

La definizione dei bisogni socio-assistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere di famiglia e comunità), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'équipe multiprofessionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze garantirà la presa in carico.

(Diapositiva 15) - vengono individuati gli strumenti della medicina di iniziativa

Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostico-terapeutici, il trasferimento in back office delle ricettazioni burocratico-autorizzative.

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute.

Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

Diapositiva 16

Le metodologie di **stratificazione della popolazione** diventano **strumenti fondamentali** per definire le strategie e gli interventi di **medicina di iniziativa** più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto

del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione oggi (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

Le criticità!

- Documento redatto senza la partecipazione degli attori dell'assistenza territoriale
- Medicina d'iniziativa e stratificazione delle patologie largamente condivise (al momento difficilmente realizzabile in tutti i contesti)
 - Equipe multiprofessionali e multidisciplinari enunciate ma non declinate nella loro modalità organizzativa (ancora una volta prevale la sensazione di una organizzazione a silos).
 - Presenza di una nuova figura professionale: l'infermiere di comunità; ma mancano le risorse e la previsione degli infermieri per tutte le prestazioni infermieristiche (Terapia infusione, medicazioni, prestazioni diagnostiche e specialistiche ecc)
 - Mancano le risorse e le definizioni del numero delle altre figure professionali come i terapisti della riabilitazione, gli psicologici, gli assistenti sanitari, le ostetriche, ecc
 - Manca la previsione e le relative risorse di figure come i collaboratori di studio ed il personale amministrativo, fondamentali per l'attività di front office con i cittadini per l'assistenza primaria
 - Assistenza domiciliare iperburocratizzata e a silos, riproposto l'attuale modello organizzativo con le criticità più volte evidenziate
 - Le case di comunità sembrano replicare in larga parte il modello organizzativo distrettuale che sinora ha assunto in molte parti del paese più aspetti burocratico-amministrativi che quelli declinati dalla 502.
 - Il modello disegnato sembra guardare più alla dipendenza che ad un corretto rapporto con i medici convenzionati- La parola fiducia compare una sola volta nelle 46 pagine.
 - Progetto in larga parte non sostenibile per la mancanza di risorse e di un programma economico di sostegno soprattutto alle figure professionali.

La PUGLIA!

Sono quindici anni dall'accordo che in questa regione ha profondamente modificato l'assetto del modello organizzativo della Medicina Generale.

(Diapositiva 18, 19 e 20 in successione)

Associazionismo a complessità crescente, personale di studio, ma soprattutto Infermieri.

Nel 2007 in Puglia abbiamo praticamente realizzato la prima forma di "equipe multidisciplinare" di cui tanto si è parlato e tanto si continua a parlare. Concretamente gli infermieri hanno iniziato e continuano a lavorare con i medici di medicina generale nei nostri studi, a casa dei nostri pazienti.

Un modello concreto di integrazione tra professionisti per un obiettivo concreto: Curare a casa!

(Diapositiva 21)

Il modello di assistenza domiciliare della nostra regione è un modello concreto che ha determinato un potenziamento delle cure domiciliari.

È mancato il coraggio o la volontà di completare il percorso.

È mancato addirittura il coraggio o la volontà di farlo conoscere fuori dalla nostra regione.

La questione non può essere con quale rapporto di lavoro gli infermieri lavorano insieme ai medici di medicina generale o chi è il soggetto datoriale.

La questione è che l'assistenza domiciliare si potenzia se esiste condivisione di obiettivi nel rispetto di competenze e responsabilità tra i professionisti.

Nei nostri studi e a casa delle persone non autosufficienti non si diventa dirigenti, non si diventa direttori di distretto.

Si ha un unico obiettivo: curare i nostri pazienti più fragili.

(Diapositiva 22)

Il documento di AGENAS valorizza logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la **stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni, con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali); attraverso la valorizzazione della co-produzione con gli utenti e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità; con la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).**

A me sembra di leggere la delibera regionale del progetto CARE Puglia 3.0. **(diapositiva 23 e 24)**

- L'ARES ha stratificato la popolazione per intensità dei bisogni per le quattro patologie ipertensione, diabete, scompenso e bronchite cronica. Oltre 1 milione di cittadini pugliesi;

(Diapositiva 25)

- Definito il modello dei processi professionali all'interno di un progetto di medicina di iniziativa e di presa in carico multidisciplinare definendo chi fa che cosa e dove, in una logica di netta separazione e conseguente organizzazione tra i percorsi della cronicità e quelli dell'acuzie.

- Definito la modalità di utilizzo dei servizi digitali e degli strumenti di telemedicina per la stratificazione, presa in carico, il monitoraggio degli obiettivi, misura del livello di performance dei professionisti, misura nel tempo dello stato di salute dei nostri pazienti rispetto ad indicatori condivisi e riconosciuti dalle evidenze scientifiche;

(diapositiva 26)

- Misurato il volume di prestazioni, definito la tempistica, luogo, modalità e soggetti responsabili dell'erogazione;

In Puglia già 3 anni fa sono state poste le premesse per fare quello che AGENAS ha elaborato con il proprio documento rifacendosi al PIANO Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Siamo pronti in Puglia a ragionare da subito sui temi posti dal PNRR.

Abbiamo basi consolidate da cui avviare il confronto.

Rivedere le modalità organizzative della medicina generale avviando le AFT in Puglia si può fare.

Ma non dimentichiamo che le AFT sono aggregazione mono professionali dei medici e tra i medici.

Diventa fondamentale, per dare risposte alle crescenti domande non sempre solo di salute, ma sempre più spesso di tipo burocratico, supportare tutti i medici di famiglia con personale di studio in grado di assolvere ad un "front office" sempre più esigente e diverso rispetto al passato.

Diventa necessario far sì che tutti i medici di famiglia possano lavorare insieme ad un infermiere, nel rispetto delle competenze e responsabilità, per aumentare la capacità di assistere soprattutto a domicilio i propri pazienti.

Su queste basi noi siamo disponibili a mettere a disposizione il rapporto di fiducia maturato negli anni.

Lo abbiamo detto più volte, La Puglia ha la grande occasione di avviare un modello assistenziale che può diventare punto di riferimento per le scelte che si faranno a livello nazionale. La questione è in mano alle scelte politiche.

La pandemia ha dimostrato tutte le debolezze del nostro sistema territoriale.

Oggi in un momento storico in cui la pandemia ha posto in tutta evidenza la centralità della salute e delle politiche sanitarie, in ogni singolo Paese investito dalla emergenza epidemiologica, ineludibile diviene affrontare un progetto di riforma che sia realmente complesso e complessivo.

Complesso perché ogni progetto riformatore lo è.

Complessivo perché deve necessariamente coinvolgere il capitale umano che muove il sistema.

La Professione, i professionisti, le risorse umane con le loro specifiche competenze non possono essere assenti in un progetto di rinnovamento della politica della salute nazionale quale è quello che dovrà essere attuato con le risorse che il Recovery plan europeo sta ponendo a disposizione.

La questione non può assolutamente essere gestita solo come una questione delle strutture o dell'innovazione tecnologica, certamente importante.

Capillarità, prossimità, domiciliarietà sono valori aggiunti della medicina generale su cui i decisori politici devono fare delle scelte e certamente non da soli.

Tutelare e preservare l'attuale distribuzione del sistema di cura della medicina di famiglia non può essere un obiettivo solo della categoria.

A questo si aggiunge la questione cruciale dell'inquadramento giuridico del medico di medicina generale su cui si basa inevitabilmente la questione della FIDUCIA reciproca e della libera scelta del cittadino.

Questioni tutte troppo importanti per poter essere lasciate ad una discussione strumentale di chi ha il solo obiettivo di distruggere questo immenso patrimonio professionale e assistenziale a favore di un oramai chiaro processo di privatizzazione dell'assistenza territoriale.

(Diapositiva 27)

I medici di famiglia lo hanno espresso in modo chiaro quanto vale il rapporto FIDUCIARIO, nonostante le difficoltà, nonostante la stanchezza di questi mesi, nonostante la percezione di isolamento vissuta quotidianamente.

Diventa necessario che il Sistema riconosca una volta per tutte che la medicina generale, al di là dell'inquadramento giuridico che la lega al SSR, è parte integrante del SSR.

Ai colleghi, alla categoria dico anche che rivendicare un ruolo all'interno del sistema a fianco dei cittadini significa assumersi la responsabilità di dimostrare in modo unitario che si vuole essere parte integrante del sistema. Questo soprattutto in un momento di emergenza sanitaria e in un momento in cui il sistema ha come obiettivo principale quello di dare risposte per uscire dall'emergenza pandemica.

Non è più tempo di atteggiamenti demagogici e strumentali che nell'avere un mero obiettivo di cassetta sindacale, hanno di fatto contribuito a danneggiare l'immagine di un'intera categoria, rendendosi complici di chi utilizzando tematiche strumentali vuole smantellare il sistema.

Oggi è il momento per la medicina generale di trovare gli strumenti e la risposta per consentire di uscire da un'emergenza assistenziale che compromette la nostra capacità di curare con continuità i nostri pazienti.

Può essere solo questo il modo di dimostrare che i nostri studi, la nostra organizzazione, rispondono realmente a quei valori di capillarità e prossimità che abbiamo sempre rivendicato.

È nuovamente il momento dell'orgoglio della medicina generale, è nuovamente il momento dell'orgoglio dei medici della FIMMG.

È nuovamente il momento di essere uniti per difendere i valori fondamentali della nostra professione e del nostro essere medici di famiglia.

Sono certo che insieme, con l'orgoglio innato in ognuno di noi, non perderemo questa sfida.

W la FIMMG, W FIMMG Bari.

Bari, 4 Settembre 2021