Le cure primarie e il Distretto:
nuovi ruoli per crescenti bisogni di salute

Fulvio Lonati

Medicina Generale: crisi e rilancio della professione, evolvere in una nuova dimensione delle cure primarie

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

in premessa

Tudor Hart, 1971
The Lancet

Tudor Hart elabora il concetto della
inverse care law ("***legge dell'assistenza inversa***"):

- le comunità che avrebbero maggiore bisogno
  di una buona assistenza
  sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla.

«La disponibilità di una buona assistenza medica
tende a variare in modo inversamente proporzionale
al bisogno della popolazione servita.
Questa legge dell'assistenza inversa
opera più profondamente laddove le cure mediche
sono in maggior misura esposte alle forze del mercato,
e in modo meno rilevante
laddove tale esposizione è ridotta».

in premessa

Hunnu Vuori - 1986 - Congresso WONCA
Organizzazione mondiale dei medici di famiglia

«… è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino
-un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza-
attraverso una medicina altamente tecnologica.
Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un'impasse.
Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini
ogni cosa che la medicina moderna può offrire.
È necessario trovare alternative
che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili.
La soluzione a portata di mano è l'Assistenza Primaria. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie»

Fulvio Lonati

in premessa

Barbara Strfield, 2002-2003-2005: relazione tra forza dell'Assistenza Primaria e risultati di salute, equità ed efficienza

Sistemi sanitari con all'interno **forti organizzazioni di Assistenza Primaria** sono associati a una **migliore salute della popolazione**.

Gli indicatori presi in considerazione sono:

- la mortalità per tutte le cause
- la mortalità prematura per tutte le cause
- la mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari.

Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie** (a differenza di sistemi basati sull'assistenza specialistica) **garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione**.

Più forti sono le cure primarie, più bassi sono i costi (i paesi con più forti sistemi di cure primarie sono, secondo gli autori, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Olanda, Italia, Finlandia, Norvegia, Australia, Canada e Svezia).

in premessa

È NECESSARIO UN CAMBIO DI PARADIGMA

- da “sanità” a “salute”
- “da “prestazione ” a “prendersi cura”
- da “eccellenza” a “equità”
- da “efficienza” a “efficacia”
- da “accentramento” a “decentramento”
- da “economia di scala” a “partecipazione”
- “da “ospedale”
  - a “poliambulatorio”
    - a “casa della salute”
      - a “casa della comunità”

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Qualche esempio significativo

Idee per le Case della Comunità > un film documentario mostra l'esperienza di quattro Case della Salute-Comunità:

- sono effettivamente attive da alcuni anni
- garantiscono Cure Primarie universalmente accessibili
- sono messe in atto da équipe multidisciplinari
- sono centrate sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità.

Per accedere al video:

- Versione sintetica (2minuti):www. vimeo.com/665001270/081e18b52f
- Versione estesa (43 minuti): vwww.vimeo.com/663912888/2b71e5a55d

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Qualche esempio significativo

Regione Emilia-Romagna
con il sostegno della Legge Regionale n.3/2010 della Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Unione Colline Matildiche

CHI SONO I TALENTI SOCIALI

Interlocutori insoliti, apparentemente lontani dal lavoro sociale (baristi, fornai, parrucchieri, edicolanti, commessi di supermercati, farmacisti, ecc.) ma che per la loro attività e/o propensione possono avere uno sguardo diretto su situazioni sociali critiche

Il percorso di comunità dell' Unione delle Colline Maltidiche
(video e diapositive dell'intervento di Federina Cirlini)

- https://www.sitinazionale.it/video/phc/4.mp4 (al minuto 15 e 30')
- http://www.sitinazionale.org/site/new/images/docs/atticongressi/2022/phc/4/cirlini.pdf

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Quale ruolo
e quale collocazione
del Medico di Medicina Generale

?

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Qual è il problema

- Non è la figura del MMG ad essere inadeguata
- Il problema è come il MMG è connesso con la rete e come la rete è strutturata
- Solo all'interno di un disegno complessivo chiaro, certamente non fatto solo di MMG, ma con i MMG insieme a tutti gli altri professionisti della salute e del sociale, è possibile valorizzare il loro ruolo
- Quindi: anche i MMG dovrebbero lavorare in equipe multiprofessionali:
  - nella Casa della Comunità
  - in una Microarea connessa con la sua Casa della Comunità

Dal Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie: una nuova visione

L'Accordo Collettivo Nazionale definisce un **rapporto di lavoro libero professionale convenzionato** che non solo non favorisce ma in molti casi **ostacola l'integrazione del MMG all'interno della rete** assistenziale permettendo o addirittura agevolando che questi **professionisti rimangano nella sostanza dei "solisti"**.

La Medicina Generale **deve essere riformata** sotto due fondamentali aspetti: quello **organizzativo/contrattuale** e quello **culturale/scientifico**: il secondo aspetto deve guidare il primo, ovvero: l'organizzazione del lavoro e la forma contrattuale devono essere funzionali alla realizzazione del modello di cure primarie desiderato e non il contrario che è ciò che avviene dal 1978 ad oggi.

Dal Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie: linee d'azione

- Istituire la Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure primarie effettuando alcune variazioni nel curricula della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie già esistente e garantendo a questi Specialisti l'accesso alla professione di MMG.
- Riformare profondamente il rapporto di lavoro e gli accordi contrattuali della MG al fine di garantire su tutto il territorio nazionale la presenza strutturale e funzionale del MMG all'interno dell'equipe territoriale multidisciplinare di Cure Primarie, la quale opera nel contesto delle Case e degli Ospedali di Comunità. Anche prevedendo la possibilità di svolgere la professione di MMG nel contesto di un rapporto di lavoro dipendente.

In Lombardia

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

La (NON) Riforma del modello lombardo di Servizio Socio-Sanitario Lombardo ha confermato l'incongruente impianto avviato dagli anni 90 e consolidato soprattutto dal 2016

- Rimane l'**assetto confuso e complicato** con la **separazione di funzioni tra ATS e ASST**
- **Nessuna visione per il territorio**, salvo recepire formalmente i contenuti del PNRR per prendere i finanziamenti da destinare solo al "mattone"
- **Il privato** (soprattutto se particolarmente forte) **è libero di muoversi** (al di fuori di una seria programmazione regionale basata sui bisogni rilevati epidemiologicamente e sentite le comunità locali) **in una logica mercantile** (**remunerazione** di singole **prestazioni erogate** da enti **in competizione** tra loro)

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Più “sintomi” mostrano che è in atto il tentativo di esportare in tutta la nazione il modello del sistema sanitario lombardo, nonostante l’epidemia COVID-19 ne abbia drammaticamente reso evidente l’inadeguatezza, perché orientato a privilegiare ospedali, tanto più se super-specialistici e privati,
a fronte della marginalizzazione della “medicina territoriale”
e dell’assenza di una qualsiasi forma di organizzazione distrettuale.

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

La Giunta Lombarda:

- Ha identificato la sede di tutte le Case della Comunità dell'intera regione (dicembre '21)
- Ha inaugurato 22 Case della Comunità (da fine '21)
- Ha dato mandato alle ASST di istituire i nuovi Distretti, di dimensione superiore ai 100.000 abitanti e coincidenti con gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS!) (2° trimestre '22)
- Ha deliberato un nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali, recependo «ad abundantiam» e con tempestività i contenuti del "DM77" (maggio '22)

MA:

- L'identificazione della sede delle Case della Comunità è avvenuta prima di istituire i Distretti e senza identificarne i territori
- L'inaugurazione delle 22 Case della Comunità è consistita nell'apporre la targa «Casa della Comunità», senza però potenziare alcun servizio e senza introdurre alcuna nuova modalità operativa
- All'istituzione dei nuovi Distretti non è seguita alcuna azione concreta, salvo nominare Direttori «ad interim»
- All'adozione del nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali non segue alcuna azione ne' il coinvolgimento delle rispettive realtà territoriali.

QUINDI:

- È prevedibile che Regione Lombardia, così come altre regioni, dietro la spinta del PNRR-DM77, adotti atti normativi che ridisegnano i servizi territoriali per la salute nella direzione delle CdC.

- Tuttavia è altrettanto prevedibile il rischio che a ciò corrisponda una attuazione minimale e svuotata di significato.

E allora: che fare?

Avviamo azioni politiche locali
"dal basso"
cogliendo le opportunità offerte dal PNRR
in particolare verso la realizzazione
(non solo muraria)
delle Case della Comunità

Rivendichiamo
- da ora, senza aspettare i «muri» -
la territorializzazione dei servizi
e accendiamo la partecipazione
nelle comunità locali

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Battaglia dal basso

Quale ruolo per:

Comuni

Sindacati

Patronati

Associazioni

Volontariato

?

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

E attenzione!

Evitiamo che il Sindacato
«remi contro»
se nel pubblico
si avviano percorsi di cambiamento
(quando fortunatamente avvengono).

Il rischio è di favorire la «esternalizzazione» dei servizi.

Soprattutto vanno sostenuti quegli operatori che,
dall'interno,
sono promotori del miglioramento dei servizi.

Inoltre:

UNIAMO LE FORZE!

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Il Libro Azzurro

per la riforma delle Cure Primarie in Italia

ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Organizzazioni aderenti all'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia:

- Campagna Primary Health Care Now or Never
- ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
- AICP - Accademia Italiana Cure Primarie
- AsIQuAS - Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- AIFeC – Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
- Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Prima la Comunità
- Associazione Salute Diritto Fondamentale
- Associazione Salute Internazionale
- CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto
- EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS
- Movimento Giotto
- SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- Slow Medicine ETS

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Il “manifesto fondativo”: *Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*

Roma, 10 marzo 2022

1. **Definire un’unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie**
2. **Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere**
3. **Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario**
4. **Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale**
5. **Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute**
6. **Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale**

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

L'Alleanza e il "*DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* "

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

1. Modifica delle programmazioni regionali introducendo l'**identificazione dei territori di tutti i Distretti** e la contestuale attivazione istituzionale, rispettando i seguenti criteri:
   - **Dimensione indicativa di 100.000 abitanti**, con deroghe rigorosamente legate a vincoli oro-geografici e di configurazione urbana
   - **Coincidenza con il corrispondente Ambito Territoriale Sociale**
   - Avvio della **programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie** con valorizzazione delle correlate funzioni degli enti locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale

L'Alleanza e il "*DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* "

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

2. Attuazione delle **Centrali Operative Territoriali** – COT per ogni Distretto;
3. **Attivazione delle Unità Operative indispensabili** previste dal DM77 **in ciascun Distretto**;
4. Attivazione, in coordinamento con le COT, del **Punto Unico di Accesso** nella logica dell'**accoglienza** e dell'**ascolto**, a carattere **Sociale e Sanitario** (PUA) **in ogni Distretto** e, in previsione, **presso ogni Casa della Comunità** contestualmente alla loro attivazione;

L'Alleanza e il "*DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* "

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

5. Implementazione di **equipe multiprofessionali** a partire dal **necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta** (anche per far fronte all'attuale carenza di professionisti), con possibilità di avviare-valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.

6. Attivazione di **percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto** e, dove già attivate, **in ogni Casa della Comunità**, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

L'Alleanza e il "*DM77 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* "

L'Alleanza chiede quindi che tali obiettivi, già normati,

vengano fatti propri da tutte le Regioni

e che il Ministero della Salute

ne monitori puntualmente l'attuazione

e che, riscontrandone eventuali inadempienze,

eserciti i poteri sostitutivi (Articolo 120 della Costituzione)

Fulvio Lonati

APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0