

LA MEDICINA GENERALE: UNA RISORSA PER LA COLLETTIVITÀ

Per il rilancio costruttivo della professione del medico di Medicina Generale in Lombardia

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ATS Bergamo

Guerini Valeria¹, Mastropietro Tullia¹, Angeli Martina¹, Bertuletti Paola¹,
Campoleoni Piergiorgio¹, Cividini Claudia¹, Colleoni Claudio¹, Cornali
Mauro¹, De Carlo Luigina¹, De Ruschi Sara¹, Guoli Alessandro¹, Lillo
Rossella¹, Liotta Eloisa¹, Masi Anna¹, Pellegrini Filippo¹, Ratuc Eugenia¹,
Riabiz Ines¹, Romelli Michela¹, Rossi Andrea¹

¹ Agenzia Tutela Salute Bergamo

Introduzione

Nel contesto emergenziale in corso di pandemia da SARS-CoV-2 è emersa in modo prepotente la fragilità del sistema ospedalocentrico delle cure in Lombardia. In particolare, per far fronte all'ondata dei contagi, è stata contrapposta la strategia di curare intensamente pochi e assistere poco i più, in un'ottica di depotenziamento del territorio, che invece avrebbe dovuto ricevere le risorse necessarie per incanalare e gestire i propri assistiti sui corretti livelli di assistenza e cura. L'emergenza sanitaria si è abbattuta su un contesto di Medicina territoriale già delicato, dove l'evoluzione demografica della popolazione e il suo progressivo invecchiamento hanno determinato un complesso quadro epidemiologico, sempre più caratterizzato da patologie croniche. A ciò si aggiungono le crescenti difficoltà delle famiglie a garantire forme di assistenza e cura al domicilio e la significativa presenza di cittadini stranieri, con le loro necessità di integrazione e sostegno socio-sanitario. Dall'insieme di tali fenomeni deriva una domanda di servizi pubblici che sempre più spesso presenta le caratteristiche di una *presa in carico globale* con necessità di spostamento di risorse verso attività territoriali.

Scopo dello studio è elaborare una proposta di riforma pratica, efficace e realizzabile per la Medicina Generale sul territorio lombardo.

Materiali e metodi

Lo studio è un elaborato che coniuga la personale esperienza lavorativa in bergamasca con l'attuale legislazione in vigore (Accordo Collettivo Nazionale e accordi integrativi regionali), la valutazione di modelli organizzativi alternativi a quello lombardo e la revisione dei precedenti Piani Pandemici Regionali, nati nel 2009 a seguito del manifestarsi della Pandemia Influenzale A/H1N1v.

Risultati

Si propone l'istituzione di un centro funzionale nevralgico, ipoteticamente nominato Nucleo Funzionale di Assistenza Primaria (NuFAP), una sede logistica per 20 o 30 MMG (Medici di Medicina Generale), dove vi sia la possibilità di incontrarsi, avere a disposizione postazioni SISS, magazzini per le scorte di Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) e di farmaci, attrezzature diagnostiche da utilizzare al domicilio. Non necessariamente tali sedi dovranno essere utilizzate per svolgere attività ambulatoriale, che potrà continuare ad essere praticata nei vecchi studi dei MMG dislocati sul territorio. Un luogo comune che possa unire le diverse figure professionali operanti sul territorio, garantendo la collaborazione, anche attraverso la condivisione fisica degli spazi, con i colleghi di Continuità Assistenziale e del servizio USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), figure fidelizzate ed emanazione del MMG curante. Il servizio USCA, in particolare, è nato in fase emergenziale come *braccio protetto* della Medicina Generale, provvisto di tutti i DPI necessari per le visite al domicilio del malato, per collaborare da vicino con i MMG ed integrarne il lavoro in caso di bisogno.

Le USCA, attivate direttamente dal MMG e correttamente informate dal curante sul paziente e il suo quadro clinico, sono una delle figure chiave dell'assistenza capillare al domicilio, filo diretto fra il letto del malato e l'accesso alle cure di I livello. La proposta è appunto quella di mantenere il servizio creato per l'emergenza e calarlo nel contesto dei NuFAP al fine di migliorare la presa in carico continuativa del paziente e ridurre gli accessi impropri verso il Pronto Soccorso ospedaliero, ottimizzando invece l'invio dei casi meritevoli di diagnostica strumentale e laboratoristica rapida e di strategia terapeutica intensiva.

Allo stesso contesto organizzativo, potrebbero afferire: l'infermiere di famiglia o di comunità, l'assistenza infermieristica delle ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), strumenti fondamentali per la gestione dei pazienti sul territorio e per l'eventuale educazione dei familiari; i servizi territoriali (Croce Rossa Italiana, Protezione Civile, Amministrazioni Comunali, Servizi Sociali, Farmacie,...) per creare percorsi assistenziali costruiti ad hoc sul paziente, in base a bisogni di tipo assistenziale, sociale, ambientale.

Per migliorare la comunicazione fra le figure sanitarie è necessario l'utilizzo di un software unico regionale e in rete per la condivisione bidirezionale, fra ospedale e territorio, della documentazione clinico-sanitaria degli assistiti.

Il ricorso ai NuFAP renderebbe maggiormente fruibile una strumentazione diagnostica di I livello (ECG, ecografia fast, saturimetria, monitoraggio parametri vitali, telemonitoraggio,...) condivisa tra MMG, CA e USCA, rivolta soprattutto all'utilizzo domiciliare, nell'ottica di migliorare le capacità diagnostiche territoriali, le prescrizioni farmacologiche e strumentali, e l'appropriatezza all'invio in struttura ospedaliera quando necessario.

Conclusioni

Una sede di tipo *funzionale* può permettere uno shift graduale verso queste nuove modalità di medicina territoriale; la sede fisica unica può essere di appoggio ai MMG, lasciando inalterata la collocazione storica di alcuni ambulatori, per un miglior servizio sul territorio.

Solo tramite una rete che sia allo stesso tempo centralizzata e capillare, ma soprattutto pre-organizzata, saremo in grado di far fronte in modo efficace ad eventuali futuri stati di emergenza sanitaria. La proposta vuole essere un punto di partenza per ottimizzare il lavoro del MMG e permettere una efficace assistenza medica, attraverso l'intervento e l'aiuto di colleghi che possano garantire l'osservazione diretta e la presenza effettiva del medico sul territorio.

Bibliografia

Circolare N. 19/SAN/2009 di Regione Lombardia in riferimento al Piano Pandemico Regionale (Aggiornamento a seguito del manifestarsi della Pandemia Influenzale A/H1N1v)
DRG 1046 del 22/12/2010
Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019
Legge Regionale 29/2004 per l'Emilia-Romagna
Circolare ATS-BG del 01.05.2020 U. 0038893
"A first class service", Department of Health, 1998

Per maggiori informazioni, contattare:
Dr.ssa Guerini Valeria
valguerini86@gmail.com

