



PDTA del paziente con scompenso cardiaco FVG
AFT/CAP-MGI: obiettivi, attività, organizzazione e gestione multidisciplinare

Doriano Battigelli, MMG
CeForMed – ARCS
Coordinatore AFT ASUGI

Udine, 6 ottobre 2021

5 COMANDAMENTI per una assistenza efficace nella cronicità

1. Presa in carico “globale” dell’individuo e della famiglia
2. Presa in carico “pro-attiva” (= medicina d’iniziativa) della fragilità e della cronicità
3. Prossimità e facilità di accesso ai servizi
4. Misurabilità e valutazione
5. Integrazione ospedale-territorio

Modello di cura nello scompenso cardiaco

- si dovrebbe basare sulla **rete integrata multidisciplinare** e **multiprofessionale** costituita da strutture sia territoriali che ospedaliere, dedicate alla presa in carico del paziente, i cui professionisti operano sulla base del PDTA.
- L'attivazione della rete più frequentemente avviene da parte del **MMG** che ha in cura il paziente
- Il **MMG gestirà la fase acuta e/o cronica** in accordo con i percorsi specifici descritti all'interno del PDTA.
- Il MMG rappresenta, insieme alle figure professionali del Distretto, della Continuità assistenziale e dell'Assistenza domiciliare, anche il professionista che riprende in carico il paziente dopo la fase di instabilizzazione della malattia e che viene continuamente coinvolto nei vari processi di cura della fase cronica.
- Necessaria la **SINERGIA D'AZIONE** e gli **STRUMENTI INFORMATICI**

Sinergia d'azione :

- una relazione stretta fra la rete territoriale e le strutture ospedaliere
- Superamento dei problemi di **comunicazione rapida bidirezionale** e di **privacy**
- **Strumenti informatici** = registrazione rigorosa e sistematica ed una visualizzazione in tempo reale di tutti i processi di cura attivati e degli interventi eseguiti.



GDPR

Data Protection Officer (DPO) Compliance 25 May 2018 Data Breaches Personal Data

**REGOLAMENTO PRIVACY GDPR 679/16:
NUOVI ADEMPIMENTI E SANZIONI DAL 25 MAGGIO, SCOPRI QUALI**

Confcommercio Lecco organizza un incontro per le attività associate, nel quale verranno illustrati gli adempimenti e le sanzioni introdotti dal nuovo Regolamento GDPR 679/2016, che produrrà effetti dal prossimo 25 maggio.

**GIOVEDÌ 8 FEBBRAIO 2018
ORE 14.30**
presso Confcommercio Lecco
piazza Garibaldi, 4 a Lecco

Intervengono i consulenti di Confcommercio Lecco:
GIORGIO MARINONI - ML Informatica - D.P.O. 0151
ING. PAOLO CUPOLA - Consulente Privacy

E' gradita gentile conferma entro giovedì 8 febbraio 2018 a marketing@ascom.lecco.it

Ruolo del MMG nella gestione dello scompenso cardiaco cronico

- I compiti del MMG sono differenti secondo la gravità dello scompenso e della stabilità della situazione clinica:
- variano da una gestione sostanzialmente autonoma in casi stabili di lieve-media gravità, al ruolo di supporto nei confronti dello specialista in casi gravi e instabili.

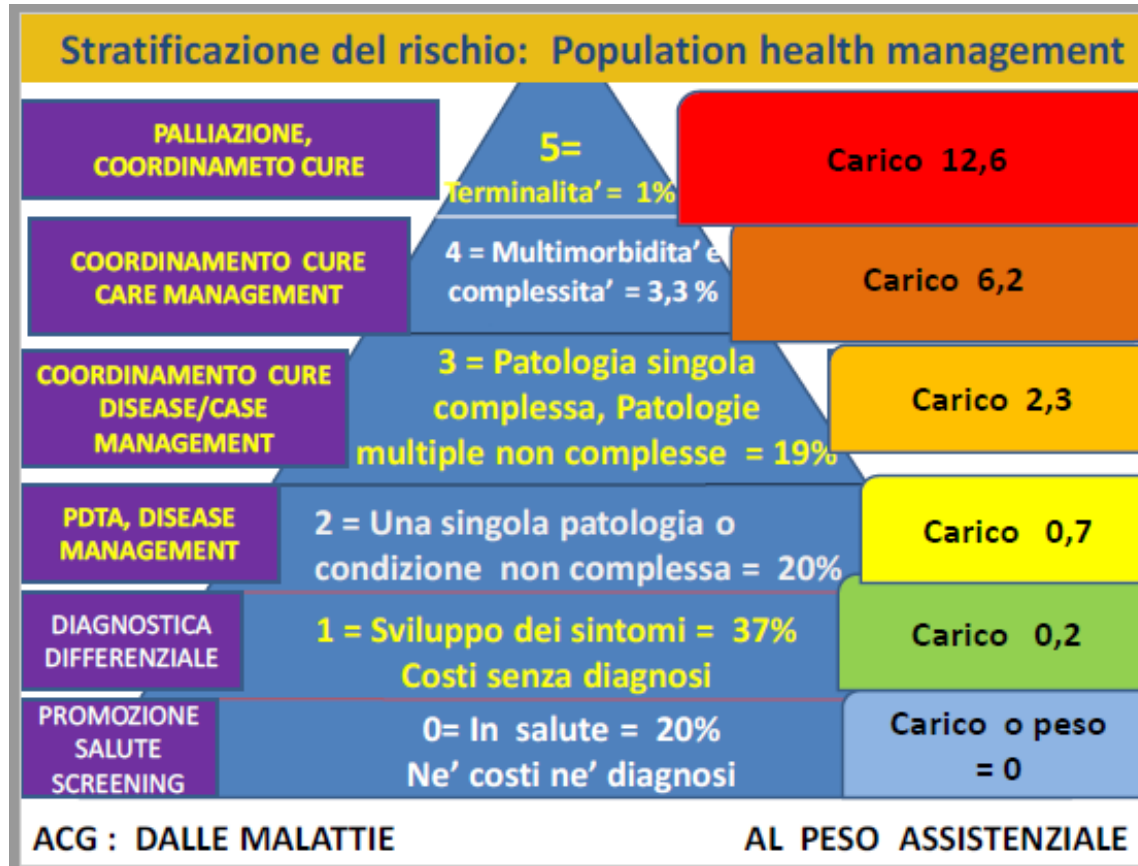
STADIO	CONDIZIONI CLINICHE	OBIETTIVI DI CURA	PROFESSIONISTA RESPONSABILE
Stadio A Alto rischio di sviluppare uno scompenso Assenza di cardiopatia evidenziabile Assenza di segni o sintomi di scompenso	<ul style="list-style-type: none"> - Fumo - ipertensione arteriosa - diabete mellito - dislipidemie - obesità - sindrome metabolica - malattia coronarica - ipo-ipertiroidismo - esposizione a sostanze potenzialmente cardiotossiche (chemioterapici, alcool, droghe) - storia di febbre reumatica - storia familiare di cardiomiopatia - rischio cardiovascolare totale > 20% (progetto CUORE) o 10% a 10 anni (progetto SCORE) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta adeguata - Trattamento dell'ipertensione - Cessazione del fumo - Trattamento della dislipidemia - Promozione dell'esercizio fisico regolare - Abolizione del consumo di alcool e droghe - Controllo della sindrome metabolica - Monitoraggio ECG-ecocardiogramma secondo protocolli specifici 	MMG <ul style="list-style-type: none"> - Internista - Diabetologo - Nutrizionista - Oncologo - Endocrinologo - Cardiologo - Medici Distretto - Infermieri Distretto - Sanitari del Dipartimento di Prevenzione

<p>Stadio B</p> <p>Presenza di cardiopatia strutturale</p> <p>Assenza di segni o sintomi di scompenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ipertrofia ventricolare sinistra - dilatazione e/o disfunzione sistolica del ventricolo sinistro - malattia valvolare asintomatica - pregresso infarto miocardico 	<ul style="list-style-type: none"> - Stessi obiettivi dello stadio A - Terapia farmacologica della cardiopatia strutturale - Terapia non farmacologica rivascolarizzazione, ICD, correzione valvulopatie 	<ul style="list-style-type: none"> - MMG - Cardiologo - Internista - Diabetologo - Nefrologo - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto
--	--	---	--

Stadio C	<ul style="list-style-type: none"> - scarsa tolleranza allo sforzo con presenza di dispnea o astenia - pazienti asintomatici precedentemente trattati per scompenso 	<ul style="list-style-type: none"> - Stessi obiettivi degli stadi A e B - Riduzione del consumo di sale - Terapia dello scompenso - Terapia avanzata farmacologica ed elettrica dello scompenso (Sacubitril/Valsartan, Impianto di ICD, CRT-P/D) - Riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologo - MMG - Internista - Specialisti di branche internistiche - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto e Continuità - Fisiatra / Fisioterapista - Palliativista
<p>Presenza di cardiopatia strutturale</p> <p>Scompenso in atto o scompenso pregresso</p>			

Stadio D	<ul style="list-style-type: none"> - pazienti con ripetuti ricoveri per scompenso e che non si presentano stabili alla dimissione - pazienti in lista trapianto - pazienti che necessitano di supporto inotropo ev o di assistenza meccanica - pazienti in fase terminale 	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni appropriate (Stadi A, B, C) - Decisione rispetto al livello assistenziale appropriato, i.e inotropi, trapianto cardiaco, assistenza ventricolare, Hospice, assistenza fine vita 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologo - Cardiochirurgo - MMG - Internista - Specialisti di branche internistiche - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto/Cont. - Palliativista
<p>Cardiopatia in fase avanzata</p> <p>Sintomi severi nonostante terapia ottimizzata e massimale</p>			

Adjusted Clinical Groups (A.C.G.) della popolazione generale



Situazioni in cui NON è coinvolto in prima linea il MMG: rare, alto peso assistenziale

Situazioni in cui è coinvolto in prima (o seconda) linea il MMG : frequenti, basso peso assistenziale

Punti deboli nell'attuale gestione dello scompenso cardiaco nelle cure primarie

- **NON BASTA SCRIVERE UN DECRETO, UNA LINEA GUIDA, UN PDTA per modificare «top-down» comportamenti e stili professionali inveterati**
- **I MMG non sono abituati storicamente a lavorare in gruppo e in rete** (seguono il modello libero-professionale novecentesco)
- I MMG hanno **poco tempo disponibile**, poiché sono soverchiati da moltissimi impegni sia di tipo clinico (marea montante di tutti gli altri problemi dei cittadini), enorme e crescente carico burocratico-amministrativo)

Campi di attività della Medicina Generale:

- La prevenzione e promozione della salute
- Problem solving di problemi acuti “minori” e problemi indifferenziati (per problemi maggiori è necessaria una struttura complessa)
- La gestione della cronicità
- **Soluzione di problemi medico-legali e burocratico-amministrativi** (*certificazioni di malattia, infortunio, attività sportiva non agonistica, patente, rientro a scuola, invalidità civile e professionale, gravidanza, porto d'armi, buona salute, esenzione attività fisica, esenzione vaccinazione anti-COVID, diete speciali scolastiche, ammissione a residenze assistenziali, denunce malattie professionali, malattie infettive, infortuni, lesioni personali, ecc. ecc.*)

IL CARICO DI LAVORO

Contatti con i propri assistiti e prestazioni erogate

PATOLOGIE CON MAGGIOR NUMERO DI CONTATTI



Dati Health Search. 2019

Contatti per assistito con il MMG (prima dell'epidemia COVID-19)

- Media 10,1 contatti/paziente/anno = **12 milioni/anno di contatti in FVG**
- sesso femminile: 11,0 contatti/ paziente/anno
- sesso maschile: 9,1 contatti/paziente/anno
- la maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo “ambulatoriale” seguite dalla “richiesta di farmaci e prestazioni”.
- Il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è del 54% del 2018.
- la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni è al 37%. 9% dei contatti sono per certificazioni.
- Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentavano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG

In media, **40-60 accessi al giorno**, metà dei quali per il rinnovo di prescrizioni croniche



Se i MMG lavorassero insieme (medicine di gruppo, microteam, AFT, CAP = UCCP, Case di Comunità, ecc.) il carico di lavoro complessivo non diminuirebbe, a meno di:

- Aumentare la soglia di accesso alla MG degli assistiti per problemi «minori» (ma percepiti come importanti dalla gente) → allungamento tempi di attesa → dirottamento verso il privato (come avviene già in psichiatria)
- Ridurre il carico burocratico-amministrativo → in controtendenza con l'attuale. Molte segretarie dipendenti dei MMG verrebbero anzi licenziate

Punti deboli nell'attuale gestione dello scompenso cardiaco nelle cure primarie

- Insufficiente presa in carico precoce (<7-10 gg) dei pazienti in post-dimissione
- Insufficiente monitoraggio/riconoscimento/trattamento precoce dei sintomi/segni di instabilizzazione /peggioramento e dei fattori di instabilizzazione
- Poco utilizzato il ruolo proattivo nei messaggi educativi (monitoraggio, autogestione, stile di vita) e terapeutici (terapia scritta con dosaggi ed orari, utilizzo di algoritmi espliciti di autogestione es. del diuretico, ottimizzazione delle terapie validate specialistici e territoriali e implementazione solo parziale della continuità assistenziale)

Punti deboli nell'attuale gestione dello scompenso cardiaco nelle cure primarie

- Scarsa assunzione del ruolo di **case manager** almeno nei casi stabili con PDTA completato, terapia ottimizzata, evitando la moltiplicazione delle richieste di visita specialistica, esami strumentali, la moltiplicazione di PDTA paralleli.
- Ruolo spesso marginale (colpa degli ambulatori dedicati!) nella gestione del paziente con scompenso cardiaco (salvo rimetterlo in gioco nelle fasi avanzate-terminali di gestione domiciliare, in una situazione ad alta complessità che il MMG generalmente ha difficoltà a gestire)
- Scarso utilizzo dei pochi strumenti disponibili obiettivi in MG per verificare la presenza (screening) e la stabilità/peggioramento dello scompenso cardiaco a partire da ECG/BNP
- Scarsa proattività/scarso utilizzo dei canali formalizzati per l'attivazione del PDTA per il paziente instabile
- Appiattimento nella generale frammentazione dei percorsi assistenziali
- Problema della vera interazione e comunicazione tra MMG, personale non medico, specialisti vari. In **percorsi non frammentati, "non a silos"**

Le forme associative delle cure primarie come funzionano nella gestione dello scompenso?

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): RUOLO ATTUALE (A.I.R. 2016-2018)

- raggruppamenti monoprofessionali funzionali e non fisici di soli Medici di Medicina Generale (MMG) allo scopo di realizzare le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.
- bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti (15-25 MMG)
- funzioni organizzative e di sviluppo del governo clinico, in pratica assemblee periodiche per discutere degli obiettivi incentivati aziendali o regionali o percorsi di distretto, a cui non intervengono (o raramente) altre figure professionali
- **Non ruolo di erogazione dell'assistenza, né di reale integrazione multiprofessionale nelle cure dei singoli pazienti**
- **Previsto, ma da più parti osteggiato, il ruolo di formazione professionale, appropriatezza e governo delle liste d'attesa**
- **I Medici non sono funzionalmente connessi tra loro né con le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza**

Documento delle regioni: capisaldi per la MG

- obbligo di partecipazione a forme organizzate,
- fornitura di prestazioni programmate,
- indicatori di garanzia di presa in carico (accountability),
- assistenza domiciliare quale parte integrante dell'attività,
- obbligo di inserimento nelle Case della Comunità,

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): RUOLO FUTURO (A.C.N. in discussione)

ARTICOLO 26

1. condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi
2. **garantiscono l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti**, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa, ed è costituita da medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti sia a ciclo di scelta che su base oraria.
3. garantiscono la **diffusione capillare dei propri presidi dei medici del ruolo unico** di assistenza primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): RUOLO FUTURO (A.C.N. in discussione)

ARTICOLO 26:

- contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- La sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria che non abbia potuto provvedere scegliendo un sostituto apuò essere effettuata da medici operanti nella medesima AFT, che ne diano disponibilità, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): RUOLO FUTURO (A.C.N. in discussione)

ARTICOLO 26:

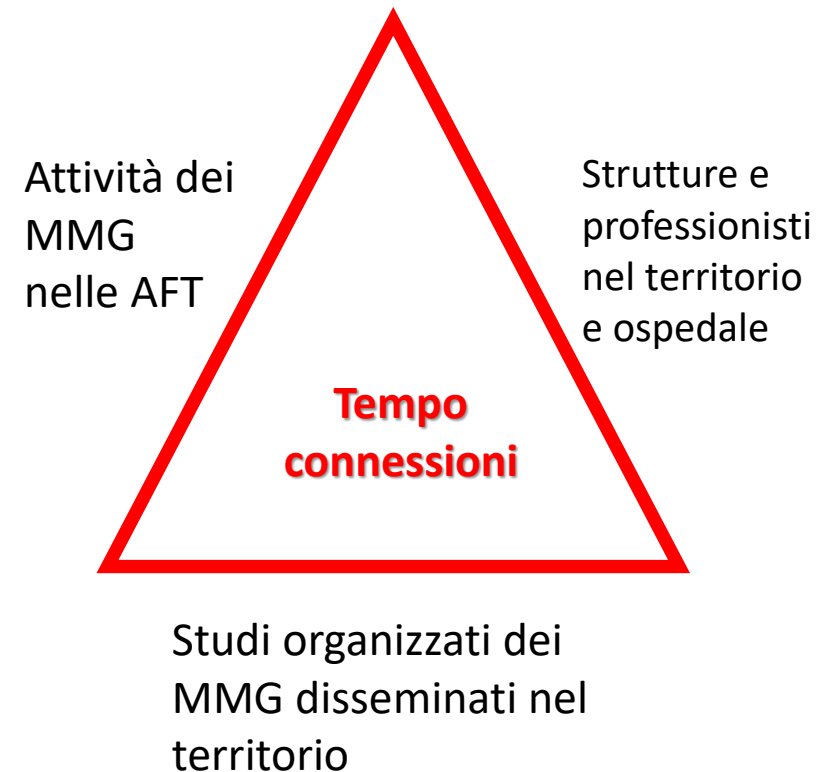
- I medici del ruolo unico di assistenza primaria sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati:
- previsto l'accesso, ad di ogni medico della AFT, a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT): RUOLO FUTURO (A.C.N. in discussione)

ARTICOLO 26:

Le AFT si raccordano con le forme organizzative multiprofessionali di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team* multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

Come far funzionare il triangolo?



Medicine di gruppo integrate (MGI): ruolo attuale (AIR 2016-18 e 2019)

- **Monoprofessionale (almeno 6 MMG)** : finalità di armonizzare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. Adottano percorsi assistenziali condivisi
- **Ruolo erogativo delle cure. Sede unica o MGI diffusa, in rete.** Apertura complessiva di almeno 8 h al giorno per 5 gg alla settimana. Condivisione informatica delle cartelle cliniche Garantiscono i livelli di assistenza concordati, misurabili attraverso opportuni indicatori condivisi.
- svolgono la loro attività di studio anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo per prestazioni indifferibili, qualora il medico titolare della scelta sia impossibilitato a prestare la prestazione richiesta; Si coordinano per gli accessi all'ADP e e all'ADI
- **In pratica: raramente funzionanti (soprattutto le MGI diffuse in rete): ogni MMG continua ad erogare l'assistenza ai propri assistiti da solo, con i propri stili diagnostico-terapeutici, tranne occasionali eccezioni, non si sostituisce con gli altri neanche per ferie e malattie. Rapporto individuale con i distretti e con gli specialisti, con cui non esistono condivisioni informatiche**

Medicine di gruppo integrate (MGI): ruolo futuro (nuovo ACN in discussione)

- Non più menzionate
- Tutti i MMG della stessa AFT collaboreranno (e sono interconnessi) come se fossero in una MGI in rete + interconnessione con gli altri professionisti coinvolti
- Possibile mantenimento secondo accordi integrativi regionali

Centri di Assistenza Primaria (CAP)

- aggregazioni di MMG, di specialisti e di personale e di servizi che operano nella stessa sede. bacino di utenza di norma compreso tra i 20.000 e i 30.000 abitanti, lavoro multi professionale: coinvolti Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie.
- I MMG prestano volontariamente nel CAP la propria attività a favore dei propri iscritti e di quelli dei medici che fanno parte dei gruppi partecipanti al CAP; apertura per 12 ore diurne (8-20) nei giorni lavorativi e 2 ore (8-10) nei sabati o prefestivi.
- **Falliti in gran parte della Regione: MMG e specialisti non motivati a lavorare in CAP o con difficoltà a integrare il proprio ambulatorio con il CAP; nessun collegamento informativo tra studi dei MMG ↔ CAP ↔ strutture specialistiche**



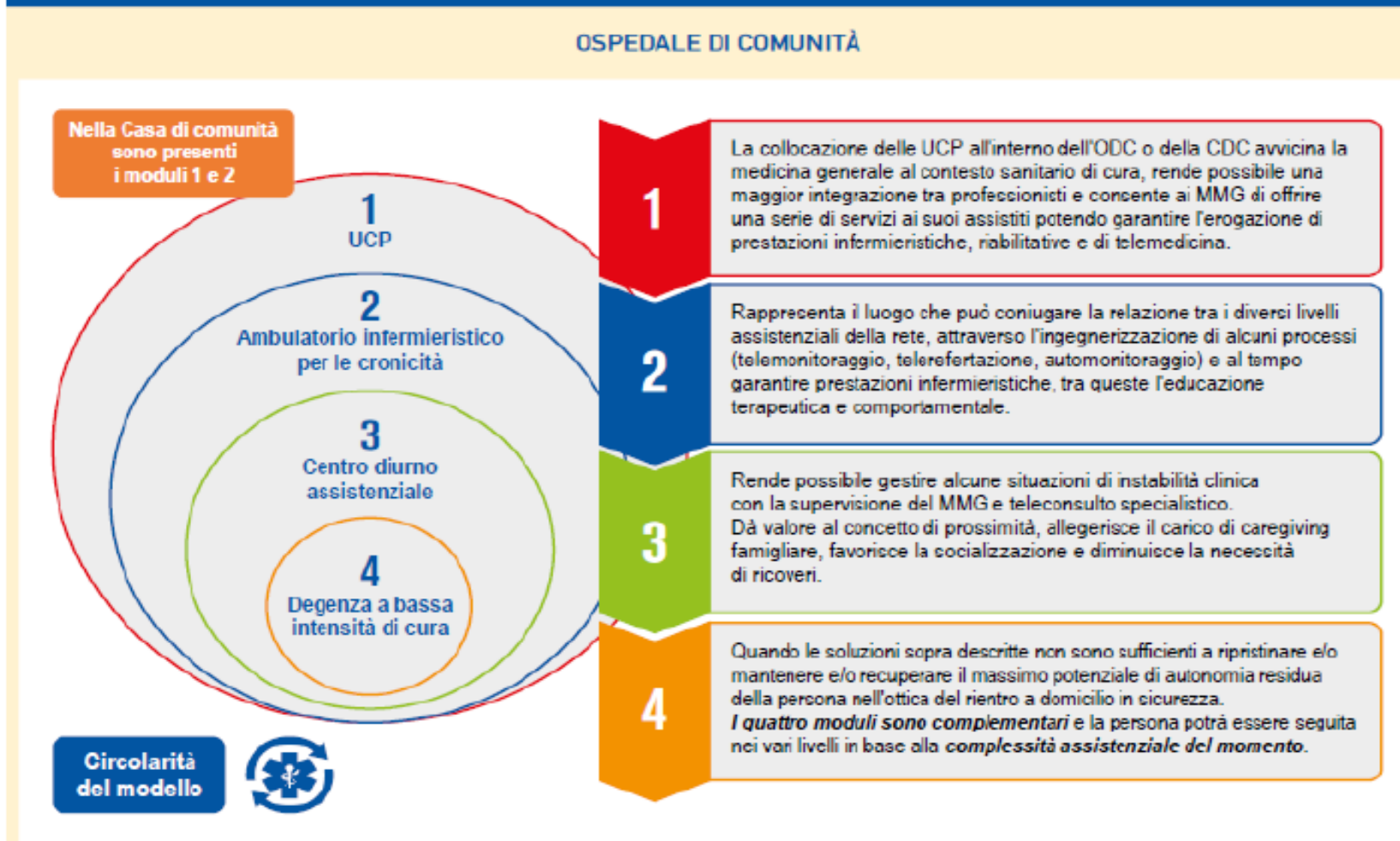
«Case di comunità» (CdC – missione 6 PNRR)

- strutture fisicamente identificabili (“Casa della Comunità”), sono il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso **équipe territoriali**. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.
- 4 versioni (finora) di un tormentato iter.

«Case di comunità» (CdC – missione 6 PNRR)

- 1° VERSIONE (gennaio 2021). La prima versione del PNRR, approvata il 12 gennaio 2021 dal Governo Conte, prevedeva un finanziamento di 4 miliardi di € per la realizzazione entro il 2026 1 CdC ogni 24.500 abitanti, ovvero **2.564** nuovi edifici con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici, con un costo complessivo di 4 miliardi.
- 2° VERSIONE (aprile 2021). Nella mozione approvata dal parlamento a fine aprile il numero di CdC veniva dimezzato con la previsione di attivare "**1.288** Case della Comunità entro la metà del 2026" per un costo 2 miliardi di euro. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute".
- Le CdC così dimensionate – ovvero 1 ogni 46mila abitanti - potrebbero essere adatte alle aree urbane ad elevata densità o perlomeno nei comuni con 45-50 mila residenti. Lo saranno meno nelle zone extraurbane, tenuto conto che il 90% degli 8mila comuni italiani ha meno di 15mila abitanti e che il 30% della popolazione abita in località con meno di 10mila residenti. Con questi parametri si è fatto un passo indietro rispetto alla bozza approvata a gennaio dal governo Conte.
- 3° VERSIONE (maggio 2021). Il documento ufficiale deliberato dal Parlamento - con la previsione **1288 CdP** ovvero 1 ogni 45-50 mila abitanti – contrasta con la descrizione inserita nelle schede di programma inviate alla UE nelle quali si indica "una tipologia di Casa ogni 15.000-25.000 abitanti" con una dotazione di 10-15 sale di consulenza e visita, punto di prelievo, servizi diagnostici di base (es. ecografia, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.), nonché un innovativo sistema di interconnessione dati.
- 4° VERSIONE (Luglio 2021). Al modello Hub & Spoke fa esplicito riferimento il documento AGENAS del luglio scorso che supera di fatto le tipologie del PNRR deliberato dal parlamento e quelle delle schede di programma.

FIGURA 1. Organizzazione modulare dell'Ospedale di comunità



«Case di comunità» (CdC – missione 6 PNRR)

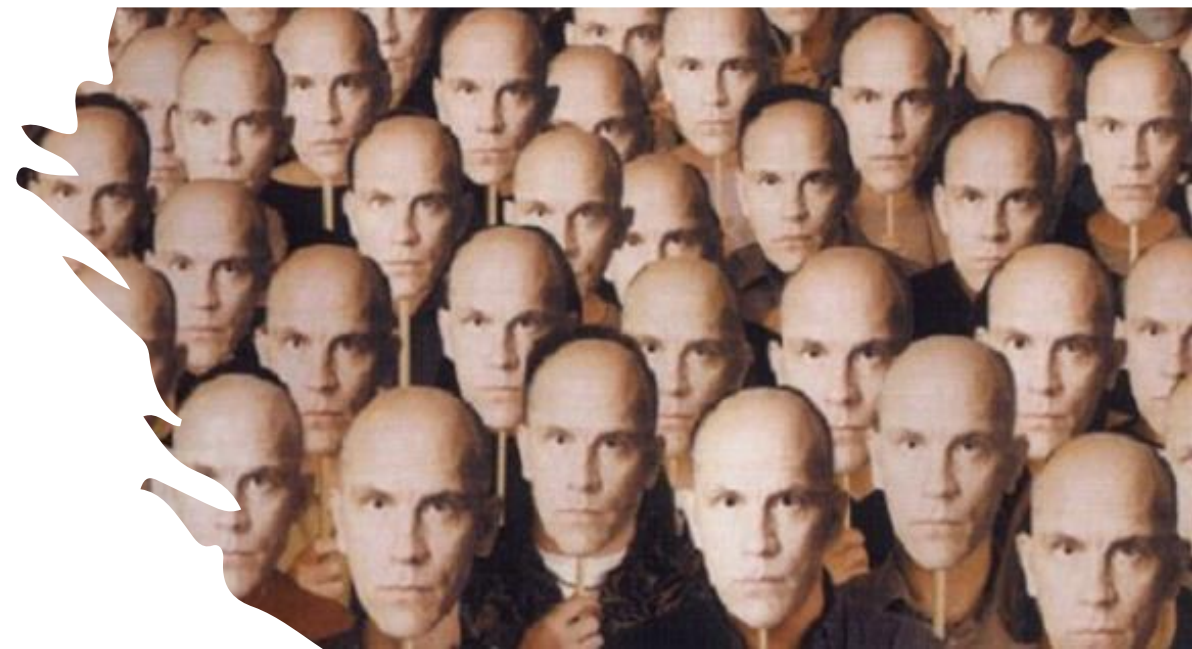
- Le Case di Comunità, gestite dai medici di medicina generale devono essere di aiuto alla medicina generale e territoriale, ma non possono, né devono sostituire i loro studi.
- Possono rappresentare indubbiamente un'ulteriore opportunità solo se realizzeranno un'offerta assistenziale integrativa e non sostitutiva nel sistema attuale delle cure territoriali, opportunità che solo in questo modo sarà di potenziamento come sembra dichiarare politicamente l'investimento del PNRR.
- Integrare nella Casa di Comunità il primo punto di accesso, la struttura burocratica amministrativa, la tecnostruttura, le specialità, non può certo migliorare l'accesso al servizio, quanto renderlo sempre più **distante dai bisogni quotidiani e "generalistici" dei cittadini.**
- Un approccio ideologico, teorico, **senza alcuna chiarezza circa il ruolo che si svolgerebbe all'interno**, ha larghi margini di incertezza circa l'effettiva efficacia e sostenibilità.

Case di Comunità:

- Ingessare la Medicina Generale in rigide strutture dipartimentali, depauperando il territorio di punti di contatto con i MMG, non favorisce certo l'umanizzazione delle cure, quanto ingigantisce un già ridondante apparato tecnostrutturale, spersonalizzando e rendendo anonimo il rapporto medico-paziente, che diventerebbe inevitabilmente **medico-struttura** e **paziente struttura** con la reale possibilità dell'esternalizzazione dei servizi a soggetti di capitale con interesse privato.

Problemi:

- MMG che lavorano accentrati solo in CdC = soluzione insostenibile (20 MMG > 800 accessi al giorno), territorio depauperato dai MMG, licenziamento delle segretarie, studi medici da vendere, farmacie territoriali private dei medici prescrittori nel circondario
- Collegamenti informatici?
- Specialisti: cardiologo, diabetologo, nefrologo, pneumologo, geriatra: presenti h 24 e 7/7 come previsto per i MMG?
- E le liste di attesa dei vari specialisti?
- Rischio di deresponsabilizzazione in una gestione collettiva
- Rischio di bypass dei MMG tra specialisti e infermieri



Proposte e obiettivi

Migliorare le competenze dei MMG

- Le competenze variano da medico a medico, ma si deve mirare a **formare MMG con uno standard minimo di competenze** nella gestione del paziente con SC, documentabile con indicatori semplici di attività clinica (obiettivi incentivati).
- Lo standard minimo di competenze e di pratica professionale andrebbe verificato mediante audit clinico e perseguito con obiettivi incentivati
- Necessario identificare/formare /remunerare **MMG con interessi disciplinari speciali in campo cardiologico** che possano servire da interfaccia tra ospedale, specialisti e MMG e agire come consulenti (esecutori di indagini diagnostiche) per gli altri MMG nell'ambito delle nuove forme organizzative della Medicina Generale , come già avviene in altri Paesi Europei (*general practitioners with special interests, GPwSIs*).
- Trovare spazi e tempi (!) per **discussioni condivise di casi clinici reali**: miglioramento della gestione dello scompenso partendo non dall'illustrazione di linee-guida, PDTA, ma dalla pratica reale quotidiana

Come migliorare la gestione MMG dello scompenso cardiaco:

- Nella definizione e gestione delle comorbidità, il MMG dovrebbe segnalare il paziente all'AFT → **registro dei casi polipatologici nelle AFT** → l'AFT dovrebbe attivare e coordinare la consulenza di vari specialisti e l'esecuzione di esami diagnostici specifici → coordinamento degli specialisti tramite le AFT (no singole consulenze modello impegnativa-referto dissociate schizofrenicamente. Le AFT e le case di comunità vanno utilizzate solo per la cronicità quando non è possibile ricorrere alla telemedicina
- Mettere gli specialisti e gli infermieri in condizione (n°, organizzazione, disponibilità di tempo?) di costituire team stabili con i MMG a livello AFT e di partecipare a percorsi longitudinali
- Superare la logica dei "silos" verso una **logica per obiettivi terapeutici incentivati sottoposti a verifica, medicina proattiva ("d'intervento") e percorsi strutturati, personalizzati e pianificati per profili di rischio.**
- Indispensabile che le nuove aggregazioni della medicina generale siano dotate delle **strumentazioni diagnostiche di primo livello**, utilizzabili anche a domicilio (eco-fast, ecografo, misuratore BNP, misuratore d-dimero, spirometro semplice, ecc.): decreto SPERANZA 2019?
- **Migliorare la rete informatica:** la comunicazione informatica tra i vari stakeholder e il monitoraggio tramite la telemedicina sono insufficienti o rudimentali

Implementare la telemedicina :

- : rispondere ai seguenti quesiti:
 - Teleconsulto? Singolo, multiplo, ecc.
 - Telemonitoraggio? Sincrono? Asincrono? Regole di ingaggio?
 - Televisita? La corsa alla virtualizzazione non rischia di diminuire la qualità dell'assistenza medica?
 - Divario digitale tra pazienti e professionisti sanitari? Rischio di esacerbare le disuguaglianze con i pazienti marginalizzati, basso status socio-economico?
 - Quanti accessi fisici dei MMG alle AFT e alle Case di Comunità possono essere sostituiti dall'uso della telemedicina ?
 - Privacy e costi?

6 parole d'ordine per il ruolo del MMG nella gestione dello scompenso

1. **Diffusione capillare** degli studi dei MMG nel territorio, in **prossimità** alle sedi di vita/lavoro della popolazione
2. **Rapporto fiduciario** e longitudinale con gli assistiti e **libera scelta** del MMG da parte del cittadino
3. «**Professionalismo**»: autonomia organizzativa (flessibilità e variabilità), responsabilità professionale (standard professionali) e sapere specifico.
4. **Tecnologia e telemedicina negli studi medici**
5. **Contattabilità estesa**
6. **Lavoro in micro-team** : < 6 MMG con professionalità diverse + personale infermieristico e di segreteria contrattualmente dipendente dai MMG (sia pure con incentivazioni regionali)

Table 1. Health care system context, ownership of practices or primary care health centers and co-payments for patients

Country	Health care system		Ownership	Co-payments for patients	
	Social Health Insurance	National Health System/ tax-based		Peculiarities of co-payments	
Austria	y		Self-employed	y	Special groups exempted
Belgium	y		Self-employed	y	Reduction for special groups
Bulgaria	y	y	Self-employed	y	Special groups exempted
Czech Rep.	y		Self-employed	y	Special groups exempted; annual ceiling for others
Denmark		y	Self-employed		
Estonia	y		Self-employed	y	Only for home visits
Finland	y	y	Municipality	y	Annual ceiling
France	y		Self-employed	y	
Germany	y		Self-employed	n/a	
Greece	y	y	n/a	y	Informal payments are common, private GP reimbursed only partially
Ireland		y	Self-employed	y	GP care free-of-charge for 30% of the population, rest: out-of-pocket
Italy		y	Self-employed		
Latvia		y	Self-employed	y	
Netherlands	y		Self-employed		
Norway		y	Municipality	y	
Poland		y	Government	y	Informal payments exist
Portugal		y	Government	y	
Romania	y		n/a	y	Informal payments exist
Slovakia	y		Self-employed		Direct payments for preferential appointments
Slovenia	y		Municipality	y	Co-payments normally covered via voluntary health insurance
Spain		y	Government		
Sweden		y	Government	y	In some counties. National government sets ceiling
United Kingdom (England)		y	Self-employed		

n/a: Information not available; y = yes

In 14 su 21 Paesi europei il MMG è un libero professionista convenzionato con il sistema pubblico

Solo in 5 su 21 Paesi europei il MMG è un dipendente pagato dallo stato o dal comune

la cancellazione di uno status per sostituirlo con uno ritenuto migliore NON E' condizione necessaria e sufficiente per indurre un miglioramento complessivo.