

“Ripartiamo dal territorio 2024: il riordino della sanità territoriale e prospettive future”

Date: 3 Aprile 2024 – 8 Maggio 2024 – 12 giugno 2024 – 18 Settembre 2024 -16 ottobre 2024

Luogo e sede: CORSO FAD

RAZIONALE:

- Abstract dell'intero percorso formativo

Il progetto formativo nasce con lo scopo di migliorare l'integrazione e l'interazione tra il distretto, i M.M.G., PLS e medici specialisti. Inoltre creare un momento di scambio e condivisione affrontando le problematiche più comuni che si incontrano nella pratica quotidiana e fornendo utili strumenti per la corretta diagnosi e gestione del paziente che accede agli studi dei MMG. Il corso prevede 5 incontri le cui tematiche sono dedicate ai seguenti argomenti:

I. Appropriately prescrivere

L'appropriatezza, uno dei pilastri cardine attorno cui ruota la definizione di “livelli essenziali”, presenta anzitutto una dimensione clinica. Così intesa esprime, innanzitutto, la necessità che le probabilità di beneficiare di una prestazione sanitaria superino i potenziali rischi ad esso connessi, manifestando il legislatore un atteggiamento di prudenza nei confronti di cure la cui capacità terapeutica non sia certa o comunque ancora da appurare. L'appropriatezza incarna, poi, i principi dell'evidence based medicine, cioè di quel processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematici dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche. È anche alla base del d.lgs. 502/1992 che afferma all'art. 1, comma 7, lett. b) che “sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate”. L'appropriatezza è stata declinata anche in senso farmacologico, alludendo con ciò alla necessità di rispettarne i precetti anche in sede di prescrizione di medicinali da parte del medico di medicina generale o del medico specialista. Astenendosi dal tentativo di fornirne una definizione esaustiva, pare più utile inquadrare il concetto de quo attraverso i suoi elementi costitutivi; sicché ne consegue che una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata in conformità con le indicazioni cliniche, la posologia e la durata della terapia per cui il farmaco è stato dimostrato essere efficace e quindi autorizzato all'immissione in commercio. L'appropriatezza clinica è la qualità propria di una prescrizione farmaceutica che sia conforme alle indicazioni e, di conseguenza, presuntivamente efficace e sicura per il paziente. Fissata questa definizione di appropriatezza, esistono due metodi per misurarla e valutarla sul piano pratico: il primo consiste nell'analisi della variabilità prescrittiva, il secondo nell'analisi dell'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti. Il primo metodo si sostanzia nella mera misurazione dei volumi di prescrizioni per quote di abitanti in una data unità di tempo oppure della spesa farmaceutica pro capite ed evidenzia gli scostamenti rispetto ai valori medi di consumo del contesto di valutazione (le Regioni nel contesto nazionale, le Aziende Sanitarie Locali nel contesto regionale, i singoli medici specialisti o di medicina generale nel contesto locale) senza però motivarli. Occorre evidenziare che le oscillazioni delle condotte prescrittive in eccesso o in difetto rispetto alla media di riferimento non sono necessariamente sintomo di inappropriately, bensì possono avere una valida motivazione che, tuttavia, non emerge. Al contrario, il secondo metodo, attraverso c.d. indicatori di aderenza o di percorso, consente di integrare i risultati ottenuti mediante indicatori di consumo e dare così una corretta interpretazione degli scostamenti.

Appropriatezza anche nella prescrizione degli antibiotici. Gli antimicrobici, nel linguaggio comune antibiotici, sono farmaci che vengono utilizzati per eliminare i batteri o per impedirne la crescita e la diffusione. Vengono comunemente utilizzati sia nell'uomo che negli animali per curare le malattie di origine batterica. Talvolta gli antibiotici somministrati nella terapia delle infezioni agli animali e all'uomo sono gli stessi o comunque possono appartenere alla stessa classe farmacologica. Alcuni batteri presentano naturalmente oppure hanno acquisito nel tempo meccanismi che permettono loro di difendersi, sopravvivere e moltiplicarsi anche in presenza degli antibiotici. Questo fenomeno si definisce antibiotico-resistenza. L'antibiotico-resistenza ha un importante impatto sulle persone, sugli animali e sull'ambiente. Nel caso in cui, infatti, un microrganismo acquisisca la capacità di resistere all'azione di un antibiotico, la malattia infettiva da esso causata può essere più difficile da curare: il decorso risulta più lungo, aumenta il rischio di complicanze, fino ad arrivare a esiti che possono essere invalidanti o portare al decesso del paziente. L'antibiotico-resistenza, pertanto, ha importanti conseguenze sulla qualità della vita delle persone e anche un rilevante impatto economico per il singolo e per la collettività. La stessa difficoltà di cura delle infezioni antibiotico-resistenti si riflette anche nella medicina veterinaria, ove sono disponibili una varietà minore di antibiotici in grado di curare le infezioni sia degli animali domestici che di allevamento. È necessario sottolineare che i batteri, anche quelli resistenti, non riconoscono confini geografici, né barriere di specie, ed è per questo che il fenomeno dell'antibiotico-resistenza rappresenta una minaccia globale. L'uso eccessivo o non appropriato degli antibiotici induce lo sviluppo di nuove resistenze non solo direttamente nei microrganismi, ma comporta un rischio anche per il possibile rilascio nell'ambiente di residui di questi medicinali, che possono così contaminare acqua, suolo e vegetazione. Questi residui continuando a essere attivi nell'ambiente, inducendo una pressione selettiva nei confronti dei batteri che comunemente vi abitano. Pertanto, un approccio cosiddetto "*One Health*", che non si limiti alla sola salute umana o animale, ma promuova interventi coordinati nei diversi ambiti, inclusi l'agricoltura e l'ambiente, risulta fondamentale per ridurre lo sviluppo e la diffusione dell'antibiotico-resistenza. La situazione sta peggiorando con l'emergere di nuovi ceppi batterici resistenti a più antibiotici contemporaneamente (noti come batteri multi-resistenti), soprattutto negli ospedali. In particolare, i batteri resistenti agli antibiotici di ultima linea limitano fortemente le opzioni di trattamento per i pazienti infetti. Questi batteri possono addirittura diventare resistenti a tutti gli antibiotici esistenti, con la conseguente assenza di terapia efficace per l'eventuale paziente. Sono state identificate tre strategie principali per affrontare la resistenza agli antibiotici:

- l'uso prudente di antibiotici è il punto chiave per prevenire l'insorgere e la diffusione della resistenza. Infatti, la resistenza agli antibiotici segnalata in Italia e in Europa è direttamente collegata all'uso eccessivo e improprio di antibiotici
- l'attuazione di buone pratiche di controllo delle infezioni, compresa per il settore umano l'igiene delle mani, nonché lo screening e l'isolamento dei pazienti infetti/colonizzati negli ospedali, sono importanti al fine di prevenire la diffusione dei batteri resistenti
- promuovere lo sviluppo di nuovi antibiotici con nuovi meccanismi d'azione è essenziale, poiché la resistenza si sviluppa comunque inevitabilmente nel tempo.

Alcuni dei protagonisti delle problematiche relative al concetto di appropriatezza prescrittiva sono il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. Sono i soggetti deputati dal Servizio Sanitario Nazionale ad erogare l'assistenza sanitaria primaria, perciò esercitano a la loro attività professionale previa stipula di una convenzione con la singola Azienda ASL. Il rapporto intercorrente tra medico e azienda Sanitaria, pur avendo natura privatistica di rapporto di prestazione d'opera professionale, comporta la compilazione di prescrizioni farmaceutiche il cui onere è posto a carico del bilancio dello Stato. Il medico di base agisce quale *longa manus* dell'amministrazione sanitaria per cui deve ritenersi che tra questi soggetti si instauri un rapporto di servizio. Proprio da tale duplicità facente capo al medico, che è libero professionista ma anche incaricato di un pubblico servizio, deriva il suo difficile compito di far sì che l'attività prescrittiva non tenda solo al miglioramento delle condizioni di salute dell'assistito ma anche ad evitare un consumo farmacologico inadeguato, incongruo e sproporzionato rispetto alla capacità dello Stato di sostenerne la spesa. Qualora la prescrizione del M.M.G. scaturisca da un'indicazione terapeutica di uno specialista, il medico prescrittore, compilando la ricetta, se ne assume la responsabilità. Tuttavia, condizionamenti dell'attività prescrittiva interessano anche i medici specialisti che operano all'interno delle Strutture ospedaliere. Alcuni regolamenti regionali precludevano ad essi l'uso del ricettario unico regionale e imponevano che essi, nella proposta di prescrizione farmaceutica al medico di base, indicassero esclusivamente il principio attivo e non il nome commerciale della specialità. Non bisogna poi dimenticare i limiti che lo specialista incontra nel dover attingere ad un prontuario ospedaliero limitato da scelte aziendali in cui non è coinvolto. In generale, rispetto al M.M.G., che è solo equiparato ad un dipendente della P.A. Sanitaria, lo specialista ospedaliero, che è contrattualmente inquadrato come dipendente dell'Azienda Sanitaria, si ritiene subisca maggiori vincoli alla propria libertà prescrittiva.

2. Tipologia e modalità di presa in carico del CSM/SPDC

Sono più di 4 milioni gli italiani – dati Istat – che soffrono di disturbi mentali. Una persona su otto in tutto il mondo – il 13% dell'intera popolazione del nostro pianeta – come emerge dal rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Numeri importanti, alimentati per altro dalla pandemia da Covid-19 che ha sicuramente influito negativamente sulla nostra salute. Parlarne però è tabù, perché mentre è molto più facile provare empatia con chi ha un disturbo fisico, chi ha una malattia mentale viene definito “pazzo”, “debole”, “da rinchiodare”, “perdente”. È emerso un quadro allarmante: da inizio 2021 al 31 agosto di quest'anno si contano 413 suicidi e 348 tentativi – secondo l'osservatorio suicidi della Fondazione Brf, Istituto per la ricerca in psichiatria e neuroscienze. Le difficoltà psichiatriche gravi dopo la pandemia Covid come la depressione, l'autolesionismo, le psicosi, i disturbi alimentari, negli adolescenti italiani sono incrementati del 30% e il 41% risulta a rischio di sviluppare problematiche psicologiche. Un adolescente su 4 soffre di depressione, il 16% ha disturbi alimentari, ha ideazioni suicide e va incontro ad autolesionismo. Le donne hanno più possibilità di sviluppare conseguenze psichiatriche perché a loro viene chiesto di svolgere più funzioni: genitoriali, famigliari, lavorative. Infine, l'isolamento sociale, l'ansia, la solitudine, la paura prolungata e la conflittualità famigliare, alla lunga possono cronicizzarsi e svilupparsi in forme più severe. A fronte dell'aumento della domanda di cura di salute mentale, soprattutto da parte degli adolescenti e dei giovani, occorre rafforzare i Dipartimenti di salute Mentale aumentando gli interventi di prevenzione e di intervento precoce” considerato “sempre di più il fatto che il disagio psichico si esprima anche attraverso l'abuso di sostanze. Serve andare oltre l'intervento settoriale, integrando i Servizi di Salute Mentale per gli adulti con la Neuropsichiatria infantile e le Dipendenze patologiche”. La metà di tutte le patologie mentali inizia entro l'età dei 14 anni e circa il 75% di disagi psichiatrici comincia entro i 25 anni. Nei Paesi a basso e medio reddito, una percentuale ampia che va dal 76% all'85% delle persone con disturbi mentali non riceve alcun trattamento, mentre nei paesi ad alto reddito si scende a valori che variano tra il 35% e il 50%. Spostandoci su scala nazionale, in Italia gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2018 ammontano a 837.027. La richiesta d'aiuto e l'incidenza di diverse patologie risultano in aumento, nonostante i dati riportino la scarsa implementazione di interventi di reinserimento socio-lavorativo e di presa in carico territoriale. Difatti solo il 4,5% di questa popolazione è in possesso del titolo di laurea e solo il 29 % dei soggetti trattati ha un'occupazione lavorativa, senza contare la fetta di popolazione non trattata. Elemento cardine dell'intervento in psichiatria, che ha un impatto determinante sulle possibilità di ripresa e di inserimento del soggetto in difficoltà, è l'intervento precoce. Il termine “intervento precoce” fa riferimento a due aspetti sostanziali della gestione della Salute Mentale: l'area della prevenzione, con l'individuazione dei soggetti a rischio, e l'intervento tempestivo al primo episodio di malattia. Le situazioni croniche e più complesse sono spesso esito di un mancato riconoscimento di quei segnali che rappresentano il “campanello d'allarme” della presenza di un problema, della difficoltà di rivolgersi ad un servizio, del disorientamento di molti familiari che non possiedono gli strumenti necessari per gestire le problematiche conseguenti di un disturbo psichiatrico. È fondamentale che ogni intervento sia immediato in linea con il bisogno dell'utente e che sia parte di una rete più ampia. Coinvolgere i Medici di Medicina Generale, le Scuole e le famiglie al fine di promuovere sia il riconoscimento delle situazioni a rischio che l'intervento tempestivo in caso di esordio di patologia. L'intervento precoce permette una maggiore remissione sintomatologica con un margine più ampio di ripresa e la possibilità effettiva di realizzare un percorso personale, clinico e sociale di Recovery. Tutto ciò permette inoltre di ridurre la paura e lo stigma familiare e sociale che spesso accompagna queste situazioni.

3. PNRR stato attuativo al Distretto 2

Il PNRR ha rifocalizzato la centralità del potenziamento dell'assistenza territoriale, esigenza prepotentemente emersa durante la pandemia, e nella Missione 6 ha dedicato una specifica azione alle “reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale.” La sua declinazione è avvenuta con una riforma complessiva del sistema di assistenza territoriale attraverso tre linee d'intervento: le Case della Comunità (CdC) e la presa in carico delle persone; la casa come primo luogo di cura e la telemedicina; il rafforzamento delle strutture sanitarie intermedie (Ospedali di Comunità: OdC). La CdC diviene qui centrale non solo come “luogo fisico” ma anche come “modello organizzativo di prossimità”, che impegna le Regioni a riconfigurare l'intera rete di servizi e strutture fisiche preesistenti. Al riguardo è importante costruire un nuovo ruolo del Distretto con valenza strategica/gestionale di sintesi e delle politiche territoriali (e non solo di autonomia tecnico-gestionale) anche attraverso norme riguardanti la composizione dei soggetti istituzionali, le responsabilità degli enti locali e delle Regioni, di cui va rafforzata l'efficacia programmatica. La riorganizzazione della medicina territoriale con il DM 77/2022 definisce: le strutture che compongono la rete dei servizi territoriali; gli standard in rapporto alla popolazione; i

parametri di riferimento del personale; le modalità organizzative e funzionali; gli obiettivi strategici di riferimento, la governance del sistema. Il modello organizzativo disegnato e che è stato finanziato anche dai fondi del PNRR missione 6, ruota intorno al Distretto sanitario che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL, all'interno del Distretto opera la Casa della Comunità che rappresenta il fulcro della nuova rete territoriale ed è il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana in un modello organizzativo integrato e multidisciplinare con equipe costituite da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e tutti gli altri professionisti coinvolti nel processo di cura. Al Distretto afferiscono anche le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), che vengono mantenute in vita dopo la sperimentazione durante la fase pandemica quale equipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto alla presa in carico di soggetti o di comunità che versano in condizioni di particolare complessità. Entro il 2026 saranno realizzate le Case della Comunità tecnologicamente attrezzate, organizzate in "hub" e "spoke" alla luce delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso in particolare nelle aree interne e rurali. Le Case di Comunità "hub" (una ogni 40.000-50.000 abitanti) prevedono l'assistenza medica (h 24, 7 giorni su sette) ed infermieristica (h 12, 7 giorni su sette), mentre quelle "spoke" dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso (PUA), il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno, 6 giorni su sette). Al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio degli assistiti vengono istituiti gli Ospedali di Comunità che svolgono proprio la funzione di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio. Gli Ospedali di Comunità saranno dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Alla funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali provvederanno le Centrali Operative Territoriali (COT), che si interfacciano anche con la Centrale Operativa Regionale. Quest'ultima è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Nel processo di cura e di prendersi cura grande rilievo viene attribuito alla figura l'Infermiere di Famiglia o Comunità che è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti ponendo al centro la persona, assieme al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), un ruolo fondamentale verrà svolto dalla Telemedicina che rappresenta un approccio innovativo alla sanità che, se inclusa in una rete di cure coordinate, consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali.

4. Le vaccinazioni ed argomenti di Sanità pubblica

Il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025** intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile. In tale contesto è necessario un attivo coinvolgimento dei MMG e PLS, figure chiave per favorire l'health literacy e l'empowerment dei cittadini. Il PNP 2020-2025 ribadisce inoltre l'approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza, per *setting* (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città, ...), come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, e *di genere*, al fine di migliorare l'appropriatezza ed il sistematico orientamento all'equità degli interventi.

Inoltre mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi. Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:

- Malattie croniche non trasmissibili
- Dipendenze e problemi correlati
- Incidenti stradali e domestici
- Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- Ambiente, clima e salute
- Malattie infettive prioritarie

Richiamando le indicazioni dell'OMS, viene proposto un approccio di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria che tenga conto dei diversi determinanti di salute, si rivolga a tutte le fasce d'età e non ad un unico target di persone (es. le fasce giovanili o i grandi anziani), venga erogato in diversi contesti (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e sia intersettoriale alle politiche (educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), coinvolgendo tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali. Secondo alcuni autori (Muzzi, Panà 2009), favorire in Italia lo sviluppo di un modello integrato di Assistenza Primaria e Sanità Pubblica orientato al benessere delle comunità, ovvero di **community-oriented primary care model**, è nodale per guidare iniziative che sviluppino strategie complessive di promozione della salute e di prevenzione, superando la netta divisione delle attività preventive e curative ancora presenti in parte nel SSN. Si tratta di coniugare, da un lato, l'esperienza dei Dipartimenti di Prevenzione nel ricercare e controllare le condizioni di rischio ambientale ed individuale, costruire reti di collegamento fra differenti stakeholders, sviluppare strumenti di educazione sanitaria e promozione della salute, e di favorire, dall'altro, il potenziale preventivo legato all'attività dei MMG e PLS. Grazie al rapporto di continuità con l'assistito e la famiglia, MMG e PLS rappresentano un punto di riferimento per il cittadino, hanno una visione globale del paziente e dei suoi bisogni, sono in grado di intercettare i soggetti con fattori di rischio socio-sanitari e di intervenire precocemente mediante l'informazione, l'educazione e la motivazione al cambiamento. Nel contempo, i MMG e i PLS svolgono un ruolo strategico nel governo della domanda, di continuità all'interno dei percorsi di cura e di raccordo nei confronti degli operatori sia sociali che sanitari impegnati negli ambiti dell'Assistenza Primaria, Assistenza Specialistica e Sanità Pubblica. In relazione a ciò, l'attenzione dell'OMS torna oggi dopo diversi anni da Alma Ata a sottolineare l'importanza di rafforzare il ruolo dell'Assistenza Primaria all'interno di una rete multisettoriale e muticompetente per incentivare le politiche di promozione della salute e prevenzione attiva delle patologie, contrastando il trend attuale di centralità delle strutture ospedaliere e frammentazione e verticalizzazione di un'assistenza basata principalmente sulla patologia più che sul paziente (**person-centred**). Il ruolo del MMG si esplicita, in relazione alle vaccinazioni dell'adulto, nell'identificazione dei soggetti a rischio per determinate patologie infettive, verso cui promuovere attivamente le vaccinazioni, tenendo conto delle differenti condizioni fisiologiche e patologiche, della presenza di comorbidità, della fascia d'età, delle condizioni socio-economiche e di eventuali preconcetti collegati con la vaccinazione. La collaborazione tra i servizi di Sanità Pubblica e la medicina generale assume oggi particolare rilievo in relazione alle patologie considerate emergenti e riemergenti, quali zoonosi (Coronavirus, pandemie influenzali, ecc.), arbovirosi (Zika virus, West-Nile, Chikungunya, Dengue), tubercolosi, HIV o alle patologie diffuse con coperture vaccinali in calo, quali morbillo, rosolia, parotite, pertosse o che presentano i caratteri di gestione di emergenze sanitarie infettive. L'importanza di una tempestiva segnalazione permette ai Servizi di Igiene Pubblica delle ASL di effettuare le indagini epidemiologiche previste per legge e verificare la sussistenza di eventuali epidemie in corso. Il MMG sostiene e promuove le campagne di screening per le patologie tumorali di grande rilevanza epidemiologica che sono incluse nei LEA come iniziative di prevenzione attiva rivolte alla popolazione generale, da garantire in tutto il territorio italiano con l'obiettivo di ridurre la mortalità causa specifica. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella (mammografia ogni due anni, per le donne tra 50 e 69 anni), della cervice uterina (esame citologico cervico-vaginale ogni tre anni, per le donne tra 25 e 64 anni) e del colon retto (ricerca sangue occulto nelle feci ogni 2 anni per le donne e gli uomini tra i 50 e i 69 anni), evitando l'insorgenza del tumore o consentendo di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi grazie ad una diagnosi precoce. L'attivazione di programmi di screening per questi tre tumori è quindi sostenuta sia a livello nazionale che internazionale. Rispetto a queste fasce di popolazione il MMG svolge un importante compito di educazione ed informazione sull'opportunità di sottoporsi agli screening previsti a livello nazionale e regionale, dirimendo gli eventuali dubbi e stimolando l'adesione agli inviti. Il ruolo strategico del MMG in questo caso consente di diminuire, da un lato, i casi di screening opportunistico orientando le persone verso i programmi di screening secondo le cadenze stabilite e, dall'altro, di individuare i pazienti che sulla base dei fattori di rischio e dei sintomi manifestati necessitano di essere avviati ad un percorso diagnostico precoce per ipotesi di patologia neoplastica. Egli, inoltre, in qualità di medico curante di fiducia dell'assistito è a conoscenza dell'anamnesi familiare del paziente e può agire inviandolo ad interventi mirati per la prevenzione delle patologie oncologiche ad impronta genetica (ad esempio ricerca di mutazioni BRCA 1 e 2 per la prevenzione del tumore alla mammella). Infine, in caso di diagnosi positiva, segue il paziente durante tutto il percorso terapeutico monitorando l'aderenza a terapia e gestendo degli effetti collaterali.

5. La riabilitazione territoriale: dall'ex articolo 26 al CAD

Il quadro epidemiologico evidenzia come il miglioramento generale delle condizioni di vita abbia portato all'incremento di persone con malattie croniche o disabilità e ad un crescente ricorso alla riabilitazione intesa come processo che mira al recupero delle persone con disabilità ed alla qualità di vita. L'evoluzione epidemiologica non ha trovato un'adeguata risposta in termini quantitativi e qualitativi, né in strutture ospedaliere, né in quelle preposte extra ospedaliere e ambulatoriali. I dati evidenziano la sovrabbondanza di offerta di posti letto, di ricoveri nell'area degli acuti e la modesta offerta, peraltro con forte differenziazioni territoriali, nell'area della disabilità con inevitabile inappropriata nei ricoveri e nei processi di cura. Si creano così i presupposti per una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera liberando risorse per la riabilitazione ed il territorio. E' una nuova cultura che sta nascendo nelle aree più avanzate del Paese, che prevede modalità di accesso, tempestivi processi e presa in carico della persona indispensabili nell'ambito della disabilità, che notoriamente si avvale di sistemi in rete (ospedale e territorio) in grado di seguire il paziente negli stati evolutivi, nei rapporti di condizione fisica e relazionale. Anche il Piano sanitario nazionale auspica l'introduzione, anche nel complesso mondo della riabilitazione, di strumenti di governo clinico in grado di garantire qualità e appropriatezza, sicurezza delle cure, implementando l'utilizzo di linee guida cliniche e di percorsi assistenziali, utilizzando i principi della medicina basata sull'evidenza. Anche nel sistema della riabilitazione si riscontrano, nei vari sistemi regionali, pregevoli esperienze consolidate che potrebbero diventare, se adeguatamente diffuse, patrimonio comune e fonte di valutazione/approfondimento. Non meno complessa è la dimensione territoriale ove va garantita e promossa la continuità e qualità delle cure sia nelle strutture extra ospedaliere, sia a domicilio del paziente. Fondamentale in tale processo è la presenza di servizi distrettuali ben strutturati in grado di governare la rete e i vari passaggi "da nodo a nodo". Le reti regionali e locali vanno dimensionate in ragione dell'epidemiologia, di principi di efficienza gestionale ed anche, qualora necessario, con accordi interaziendali o interregionali che garantiscono adeguati bacini di utenza per eccellenze pubbliche e private. Tutto ciò in visione di una sussidiarietà orizzontale in grado di coinvolgere la comunità locale, il mondo del volontariato, del no profit e quanti sono in grado di supportare il paziente oltre che nella dimensione terapeutica anche in quella affettiva e relazionale, secondo la relazione OMS in materia, ormai patrimonio di una nuova cultura assistenziale anche nel nostro Paese (modello bio-psicosociale). In termini programmatici, soprattutto regionali ed aziendali, i precedenti capitoli hanno correttamente declinato tipologia di offerta, standard assistenziali, modalità di accesso, tecnologie e dimensione organizzativa e professionale dell'assistenza. In questa particolare stagione di trasformazione del welfare del nostro Paese e di condizionamenti economici internazionali, assume primaria importanza il tema della sostenibilità del sistema e di conseguenza la capacità del modello sanitario di utilizzare al meglio e nel modo più appropriato le risorse disponibili. La "funzione" nuova da inserire nel futuro della riabilitazione in particolare e della gestione ospedale-territorio in generale è la rete professionale della disabilità e partecipazione che aiuta la presa in carico di persone che vanno dall'acuzie alla post acuzie/riabilitazione e per programmarne la consegna al territorio sia attraverso il rientro al domicilio (auspicabile con aiuti alla famiglia) sia con l'istituzionalizzazione, ma che gestisca anche le necessità delle persone disabili gravi (es. stati vegetativi o persone a minima responsabilità) a livello territoriale tenendoli il più possibile fuori dal ricovero ospedaliero e dando garanzia di continuità di presa in carico attraverso una rete integrata di servizi territoriali nei quali la medicina riabilitativa deve essere presente, non solo per quel che riguarda il recupero della persona affetta da disabilità dell'apparato locomotore, ma anche riguardo ad altre importanti disabilità come quelle secondarie a patologie invalidanti tipo la BPCO, lo scompenso cardiaco, i percorsi oncologici.

Il progetto formativo prevede anche l'illustrazione di casi clinici, con l'obiettivo di definire la diagnosi ed i trattamenti attraverso **percorsi appropriati** e quindi garanti della sicurezza delle cure erogate al paziente.

PROGRAMMA DETTAGLIATO

I° INCONTRO	3 APRILE 2024 (mercoledì)	
ORARIO	ARGOMENTO	Docente
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA		
h 14,30	Introduzione e presentazione degli argomenti	Dott .ssa E. Sciscione
h 14,45	CAPI: finalità e attività. Report ed Audit	Dott.ssa L. Arenare Dott. G. Di Manno
h 15,30	Antibioticoterapia e malattie resistenti: le strategie da mettere in atto per invertire la tendenza	Prof.ssa M. Lichtner Dott. C. Del Borgo
h 16,30	La prescrizione degli antibiotici in Medicina generale e in pediatria: indicazioni e criticità Sistema di sorveglianza delle malattie multi resistenti I.S.S.: dati nazionali e internazionali	Dott. G. Rea Dott. S. Morandini Dott.ssa G. Fadda Prof.ssa M. Lichtner
h 17,45	Antibiotico-resistenza nel settore veterinario	Dott. B. Guglietta Dott. F. Micarelli
II° INCONTRO	8 MAGGIO 2024 (mercoledì)	
ORARIO	ARGOMENTO	Docente
TIPOLOGIA E MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEL CSM/SPDC		
h 14,30	Introduzione e presentazione degli argomenti	Dott . E. Papuzzo
h 14,45	Percorsi di presa in carico attivi di utenti difficili/complessi	Dott.ssa P. Fioravanti Dott. M. Del Villano Dott.ssa L. Polidori
h 15,45	I casi nella Medicina Generale e nella pediatria	Dott.ssa B. Rosario Dott. C. Rachele
h 17,00	Dibattito tra partecipanti ed esperto	
h 17,15	Salute e Medicina di Genere	Dott.ssa A. Di Lelio Dott.ssa F. Fabbri Dott. C. Rachele
III° INCONTRO	12 GIUGNO 2024 (mercoledì)	

ORARIO	ARGOMENTO	Docente
PNRR: STATO ATTUATIVO NEL DISTRETTO 2		
h 14,30	Introduzione e presentazione degli argomenti	<i>Dott. L. Martini</i>
h 14,45	Report delle attività del servizio AMBUFEST	<i>Dott.ssa I. Gnessi Sost. Dott. Rea</i>
h 15,30	PNRR e progettazione: lo stato di avanzamento	<i>Dott.ssa C. Carreca Dott.ssa C. Bortolotto Dott. G. Cirilli Dott. E. Di Macco</i>
h 16,30	Dibattito tra partecipanti ed esperto	
h 16,45	Report delle attività del servizio di Continuità Assistenziale	<i>Dott.ssa G. Carreca Dott. S. Orelli</i>
h 17,30	Il PAT: Punto di Assistenza Territoriale	<i>Dott.ssa G. Carreca Dott. V. Lucarini</i>
IV° INCONTRO	18 SETTEMBRE 2024 (mercoledì)	
ORARIO	ARGOMENTO	Docente
LE VACCINAZIONI		
h 14,30	Introduzione e presentazione degli argomenti	<i>Dott.ssa S. Cantarano</i>
h 14,45	Argomenti di Sanità Pubblica in corso di malattie infettive	<i>Dott.ssa C. Giambi Dott. A. Zerbetto Dott. A. Ruta</i>
h 15,45	Le vaccinazione negli studi della Medicina Generale e Pediatria di libera scelta	<i>Dott. G. Rea Dott. S. Morandini</i>
h 16,45	Dibattito tra partecipanti ed esperto	
h 17,00	“Il progetto vacciNET” Una Rete di punti vaccinali territoriali	<i>Dott.ssa F. Fabbri</i>
h 17,45	Accordi contrattuali vaccinazioni: MMG e PLS	<i>Dott. G. Cirilli Dott. E. Di Macco Dott. S. Morandini</i>
V° INCONTRO	16 OTTOBRE 2024 (mercoledì)	
ORARIO	ARGOMENTO	Docente
LA RIABILITAZIONE TERRITORIALE: I DIVERSI SETTING RIABILITATIVI		
h 14,30	Introduzione e presentazione degli argomenti	<i>Dott.ssa E. Sciscione</i>

h 14,45	Individuazione del pz. fragile adulto e del pz fragile pediatrico	<i>Dott. C. Rachele Dott.ssa F. Fabbri</i>
h 15,45	Appropriatezza della richiesta. Appropriatezza del setting riabilitativo. Appropriatezza della tipologia della riabilitazione	<i>Dott.ssa C. Massaro Dott.ssa M. Le Rose Dott.ssa R. Midolo Dott. M. Soldatini Dott. G. De Angelis</i>
h 16,00	Passaggio e/o cambio setting	<i>Dott. M. Soldatini Dott. G. De Angelis</i>
h 17,00	Condivisione di un percorso appropriato di presa in carico riabilitativa territoriale	<i>Dott.ssa F. R. De Angelis Dott. A. Fusco Dott. C. Di Domenico Dott.ssa C. Massaro Dott.ssa M. Le Rose Dott. C. Rachele Dott.ssa F. Fabbri dott.ssa M. Fara</i>
h 18,00	TEST FINALE Chiusura lavori	