



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Dare un'anima al Recovery Plan nella parte sanitaria

Con il presente documento si vuole contribuire in maniera positiva, secondo un processo dal basso verso l'alto ("*bottom-up*"), a focalizzare alcuni aspetti critici che pensiamo debbano essere presi in considerazione dalla produzione normativa che accompagnerà il processo di "*potenziamento e riorientamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura dei cittadini, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica*", come previsto dal Recovery Plan. Nel fare questo il documento cerca di delineare risvolti valoriali che auspichiamo possano trovare ampia condivisione e servire da supporto al legislatore ed alla struttura tecnica nel trovare soluzioni efficaci e bene accolte sul territorio e nella relazione operativa tra l'Area delle Cure primarie, l'Ospedale e le componenti specialistiche del SSN nonché con la Comunità. L'obiettivo è quello di concorrere ad individuare le misure di qualità di un modello condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale e che, per le sue caratteristiche, risponda anche alla variabilità demografica ed orografica dei territori.

Il contributo è il frutto di una condivisione di operatori impegnati in ambiti diversi dell'organizzazione socio-sanitaria del SSN di varie regioni e appartenenti a profili professionali, disciplinari e operativi diversi (specialisti, medici di famiglia, infermieri assistenti sociali, biologi ecc) e dal gruppo di lavoro che si occupa di fraternità in politica, tali gruppi fanno parte del network internazionale del Movimento dei Focolari fondato da Chiara Lubich di Trento e diffuso in 182 Paesi (www.focolare.org).

Prendersi cura

Sembra banale ricordarlo, ma il centro dell'attività preventiva, educativa, clinica, organizzativa e comunicativa del SSN è la persona, con i suoi bisogni di salute, la comunità e l'ambiente in cui vive ed una particolare attenzione va dedicata al paziente più debole, fragile sia nella salute fisica e psichica.

Per questo poniamo l'accento sul "**prendersi cura**" come atteggiamento che può e deve permeare sempre meglio i percorsi assistenziali del SSN in modo da aumentare la fiducia del cittadino nelle istituzioni e diminuire la sensazione di essere un "numero" tra tanti.

Non è un semplice e generico auspicio, i punti seguenti ne delineano un approccio operativo e qualche spunto che speriamo utile anche ai decisori politici.



UMANITA' NUOVA
ITALIA



1) Il mondo è unito, deve valere anche in sanità

Fascicolo sanitario italiano, primo passo per fascicolo sanitario europeo

E' inaccettabile che nel 2021 il cittadino abbia nei sistemi informatici accessibili in rete (cloud) il cassetto fiscale e il conto corrente bancario ma non abbia ancora un fascicolo sanitario in cui far confluire i propri dati clinici, da qualunque fonte provengano, con la facoltà di metterli a disposizione di ogni struttura sanitaria a cui decide di rivolgersi.

Se viaggia all'estero, questa interoperabilità deve essere e, siamo certi, nel medio termine sarà disponibile almeno nei Paesi Europei.

Senza nulla togliere alle giuste preoccupazioni in merito alla privacy e alla presenza di una pluralità di piattaforme e sistemi gestionali regionali, ospedalieri, dei medici di medicina generale e delle cliniche e laboratori, la interoperabilità di questi sistemi deve essere garantita da **protocolli comunicativi nazionali e internazionali** approvati da Ministero della Salute e Ministero per la Innovazione Tecnologica. Gli esempi non mancano, dal green-pass alle ricette elettroniche, oltre agli esempi extra-sanitari sopra citati.

Questo strumento è un presupposto anche per un **approccio integrato alla salute**, che contempli non solo la fase clinica ma anche e soprattutto gli aspetti di prevenzione, di valutazione dei determinanti della salute nei territori afferenti ai distretti e di un corretto stile di vita, rendendo più appropriate le risposte del SSN. Senza entrare nel dettaglio tecnico, desideriamo sottolinearne la assoluta priorità.

2) Maggiore uguaglianza nei servizi al cittadino

Una "pagella" per le regioni e le ASL: 10 indicatori comprensibili pubblicati per tutti

E' una ferita ben nota la **disuguaglianza** nei servizi offerti dai 21 sistemi sanitari regionali verso i cittadini. Va però affrontata con maggiore coraggio, pur riconoscendo il valore sia della autonomia delle Regioni che del principio di sussidiarietà. E' evidente la necessità di **migliorare in efficacia** il ruolo del Ministero della Salute, di concerto ma non subalterno al Ministero dell'Economia e Finanze, in termini di **linee guida e controllo** sull'operato delle Regioni. Sottolineiamo alcune priorità, le cui modalità tecniche sono sicuramente già allo studio delle strutture competenti:

- a) Introdurre in forma cogente **misure di qualità ed indicatori, da pubblicare anche in modo comprensibile per i cittadini**, che consentano una reale comparazione dei risultati all'interno delle aziende sanitarie e tra aziende sanitarie e regioni diverse, anche con utilizzo della tecnologia "BigData". La **cultura del monitoraggio e della**



UMANITA' NUOVA
ITALIA



- valutazione**, passa attraverso l'introduzione, nel management del Distretto dei servizi e dei team multiprofessionali, di **attività di accountability** (1) e di audit clinico ed organizzativo, utilizzando indicatori di struttura, di processo e di esito, per valutare l'andamento dei vari programmi, le attività correlate e l'uso efficiente ed efficace delle risorse.
- b) Revisionare la **Convenzione Nazionale per la Medicina Generale** per valorizzare e definire i compiti, gli strumenti e l'organizzazione del lavoro **premiando il lavoro in team**. Prevedere una **forma di accreditamento** di questa figura in forma singola e/o associata che sancisca una sua **maggiore responsabilizzazione nell'organizzare una rete** con infermieri territoriali, geriatri, gli altri medici e operatori territoriali di altre professioni e il sistema ospedaliero, valorizzando il suo ruolo di coordinamento delle cure e modificandone il setting operativo in senso sempre più proattivo, secondo standard operativi comuni su tutto il territorio nazionale. Il medico di MG e il pediatra di libera scelta, possono raccogliere il contributo degli altri operatori sanitari, incluse figure innovative (2), e compilare il **profilo di salute di ogni persona** in carico, quale fondamento dei programmi *di prevenzione individuale e collettiva* e della successiva stratificazione del rischio della popolazione generale a supporto dei programmi di *medicina di iniziativa*. (3)
- c) Considerare nel **conto economico sanitario** i benefici in salute (bilancio di salute) e la riduzione di costi apportati dal modello introdotto, anche grazie ai programmi di prevenzione per le malattie croniche previsti dal Piano Nazionale per le cronicità del 2016 (4) utilizzando le tecniche e gli studi internazionali in argomento e producendo un bilancio congiunto MEF-Ministero della Salute sulla spesa sanitaria. Vivere anni liberi da malattie e da invalidità si traduce nella prevenzione di gravi costi (costi evitabili). Per questo la spesa sostenuta per la preservazione ed il recupero della salute individuale e collettiva non può non essere valorizzata nel bilancio dello Stato come investimento, come la Pandemia sta dimostrando.
- d) Da considerare quindi revisione dei LEA considerando i programmi di prevenzione basati su corretti stili di vita capaci di ridurre le patologie e cronicità e quindi sostenibilità del sistema.

Alcuni approfondimenti sono riportati nelle schede in allegato. (5)

3) Cooperare per il bene della persona **Team territoriali con coordinatore eletto**

Si ritiene che un decisivo beneficio per la salute pubblica possa arrivare da una **revisione del governo in senso clinico (governance)** dei servizi territoriali, da attuarsi a livello regionale mediante **il coinvolgimento responsabile dei professionisti**, su linee guida omogenee che portino a risultati comparabili, come già indicato. È convinzione ed esperienza dei proponenti questo documento che la qualità dei servizi globalmente offerti e la qualità del lavoro dei teams



UMANITA' NUOVA
ITALIA



multiprofessionali ed all'interno delle reti assistenziali debba essere improntata alla **relazione delle competenze tra gli operatori** e non alla competitività o all'autoreferenzialità delle singole categorie professionali e/o dei servizi.

a) Si propone un **Coordinamento Clinico orizzontale da realizzarsi a livello di Distretto Sanitario/Unità Complessa di Cure primarie/ CdC** superando l'attuale organizzazione 'verticale', che vede gli addetti al medesimo servizio alle dipendenze di dirigenti diversi dove prevalgono le esigenze della burocrazia amministrativa su quelle dell'integrazione operativa dei servizi socio-sanitari stessi. A tal proposito si vuole richiamare l'attenzione sulla opportunità/necessità, in analogia alla direzione aziendale, di affiancare al Direttore di Distretto una figura professionale con la funzione di Coordinatore Sanitario che contribuisca ad orientare il management complessivo distrettuale e quello dei servizi che lo compongono verso il Governo Clinico del territorio, interagendo sia con l'area delle Cure primarie che con le reti integrate specialistiche. Tale figura, con specifiche competenze cliniche ed epidemiologiche **potrà essere proposta dal Direttore di Distretto tra una rosa di nomi eletti dalle componenti professionali dell'area della dipendenza o del convenzionamento** e nominata dal Direttore Generale.

b) Si ritiene che debbano essere nominalmente costituiti e deliberati i **team multiprofessionali**. Essi saranno composti da operatori che, partendo dalle loro specificità e autonomie professionali, saranno chiamati a condividere obiettivi di salute comuni mediante rapporti di reciprocità ed interdipendenza operativa. Il loro operato deve trovare il punto di forza nella *relazione delle reciproche competenze* e nell' **autonomia operativa** e seguendo le indicazioni suggerite dal governo clinico con la guida di un proprio **coordinatore eletto** dai componenti del team stesso.

c) Con quanto premesso ai punti precedenti, si potranno meglio implementare le AFT dei medici convenzionati di Medicina Primaria, introdotte dalla riforma Balduzzi, non ancora applicata su gran parte del territorio nazionale, le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) e le Case della Comunità (una per AFT) previste dal PNRR, come **sedi di riferimento per erogare i programmi di medicina di iniziativa e tutti i servizi socio-sanitari territoriali di primo livello** per tutti i pazienti. **Il team multiprofessionale dovrà realizzare l'interfaccia comunicativa** all'interno della CdC-AFT, verso il Distretto e verso la Comunità (area sociale), e le funzioni di valutazione e di accountability delle attività e dei programmi, nonché concorrere alla individuazione del progetto di salute della Comunità (6) con i dati e gli indicatori che definiscono i bisogni educativi e di cura nonché la valutazione dei processi assistenziali e dei loro esiti.

Nelle schede riportate in allegato vi sono approfondimenti dei singoli punti proposti.



UMANITA' NUOVA
ITALIA



4) Ulteriori proposte

In aggiunta ai tre punti principali sopra indicati, riportiamo alcune altre proposte che il gruppo di lavoro intende portare alla attenzione del legislatore e dei soggetti attuatori.

- a) Si propone di **valorizzare e incentivare maggiormente rispetto ad oggi**, all'interno dei servizi territoriali, **le seguenti aree** che si ritengono a maggior potenziale di crescita in termini di risultati: **medicina degli stili di vita, materno-infantile, salute mentale, cronicità e fragilità con cure a domicilio e finalizzate al miglioramento della qualità della vita.**
- b) Si propone un monitoraggio e una migliore gestione, in ambito prescrittivo, della definizione delle **classi di priorità** al fine di disciplinare i tempi della risposta specialistica, verificandone la fondatezza e appropriatezza su base clinica e i casi di elusione per insufficienza di disponibilità di prestazioni nelle liste di attesa.
- c) Ampliare l'utilizzo di **agende dedicate per i controlli programmati per i pazienti cronici** con l'obiettivo di decondizionare le liste di attesa per le richieste ordinarie gestite dai centri di prenotazione.
- d) **Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) realmente condivisi tra ospedale e territorio** con la presa in carico longitudinale, congiunta di comuni gruppi di pazienti ad alto impatto assistenziale **devono obbligatoriamente essere adottati** dalle regioni. Obiettivo da perseguire mediante l'istituzione di *Reti Cliniche Integrate e Strutturate*.
- e) Aprire a **contratti di formazione -lavoro** come avviene in altri paesi europei per ampliare la casistica e le funzioni di tutoraggio a disposizione degli specializzandi, coinvolgendo **nei processi formativi "Ospedali di apprendimento"**.
- f) Istituire uno **specifico corso di specializzazione in Medicina di Famiglia e PHC (Primary Health Care)** superando il gap che vede le nostre Università non disporre di un "*core curriculum*" formativo riguardante la Primary Health Care e la Family Medicine che ne è parte sostanziale e integrante. A tal proposito, per esempio, visto la necessità di potenziamento delle prestazioni diagnostico-terapeutiche di primo livello, si suggerisce, per il miglioramento qualitativo della risposta assistenziale nell'area delle cure primarie, come standard, l'introduzione negli attuali percorsi di formazione specifica per la Medicina Generale di corsi di *Ecografia Generalista* e di *Piccola Chirurgia ambulatoriale*.
- g) **Investire sulla formazione continua** per potenziare le competenze (*core competences*) e le prestazioni dei professionisti anche con la partecipazione a corsi che promuovano la formazione congiunta interdisciplinare. Impiegare i Servizi territoriali e le future Case della Comunità come luoghi di formazione e ricerca.



movimento dei
focolari

UMANITA' NUOVA
ITALIA



Nelle schede riportate in allegato vi sono approfondimenti dei singoli punti proposti.

Per informazioni e contatti:

MPPU Italia

<http://italia.mppu.org/>

info.italia@mppu.org



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Appendice – schede

Pur rimanendo nell'impostazione di spunto valoriale per il lavoro di messa a terra del Recovery Plan si fornisce nelle schede seguenti qualche dettaglio tecnico in più sui punti sopra esposti.

Scheda A - Governo Clinico del territorio e delle reti cliniche specialistiche

Riteniamo necessario porre attenzione alla formazione di una nuova Governance e di un nuovo management orientato sul perseguimento degli obiettivi di tutela della salute e sostenuto dal coinvolgimento non formale degli operatori nei processi decisionali ai vari livelli.

Il Distretto socio-sanitario baricentro del governo clinico del territorio

Il Distretto, con i suoi servizi specialistici (salute mentale Adulti e Infanzia Adolescenza, Dipendenze, Consultori, ecc..) e le UCCP (rappresentate dall'insieme dei team di base delle cure primarie e di team di medici specialisti, dipendenti o convenzionati, fisioterapisti e altre figure professionali, dotati di ampia flessibilità organizzativa ed operativa, abili a prendere in carico i pazienti complessi all'interno di reti cliniche integrate), deve rappresentare la sede del Governo Clinico del Territorio, secondo il D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189.

Tra le principali **funzioni di un Governo Clinico** del Territorio, al fine di perseguire l'efficienza e l'efficacia dell'intero sistema territoriale, ci permettiamo di evidenziare:

- L'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assetto dei servizi sul territorio, in particolare per ciò che riguarda l'integrazione e la semplificazione dei percorsi assistenziali, la facilità e la riduzione dei costi di accesso dei cittadini alle cure.
- La garanzia della qualità, quantità e sicurezza delle prestazioni e dei servizi erogati alla popolazione.
- La valorizzazione del personale e della formazione.
- L'incentivazione dei servizi territoriali a superare gli ostacoli per una loro cooperazione per un approccio integrato ai processi e ai percorsi assistenziali.

Ulteriori funzioni strategiche del Governo Clinico dovrebbero essere:

- Garantire da parte dei servizi una presa in carico celere del paziente con bisogni non differibili e del paziente complesso in precario compenso, anche al fine di evitare il ricorso al pronto soccorso e con particolare attenzione alle cure palliative.
- Favorire l'autonomia organizzativa dei team delle Case di Comunità
- Garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento ai percorsi territorio-ospedale-territorio, attraverso il



UMANITA' NUOVA
ITALIA



- potenziamento della domiciliarità e il coordinamento dell'impiego delle strutture intermedie.
- garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e con i servizi socio-sanitari delle Aziende Sanitarie e dei Comuni
 - Favorire la cultura del monitoraggio e della valutazione attraverso l'introduzione, nel management dei servizi e dei Team multiprofessionali di attività di auto-valutazione, utilizzando indicatori di struttura, di processo e di esito per valutare le attività e l'uso efficiente delle risorse.
 - Coinvolgimento e dialogo con i soggetti sociali del territorio per favorire il loro ascolto e la loro partecipazione al fine di individuare i bisogni e valorizzare le funzioni di "cura" della Comunità e migliorare i servizi.
 - Valorizzare anche il gradimento delle prestazioni sanitarie da parte dei pazienti.
 - Rendere disponibili i dati dell'albo pretorio delle AUSL per 5 anni, anche se l'obbligo di legge attuale è solo di 15 giorni, e rendere visibili i documenti amministrativi ed i dati gestionali e clinico-epidemiologici sui siti aziendali e regionali.
 - Sostituire la logica dei progetti-obiettivo, ed il relativo sistema incentivante che finisce per premiare solo alcuni dirigenti, con la gratificazione degli operatori (anche economica) per la loro partecipazione attiva e propositiva alla realizzazione degli obiettivi previsti negli atti di programmazione del Distretto ed evidenziati dal Governo Clinico.

Osserviamo, inoltre, che scarsa attenzione è stata data fino ad ora allo studio di quelle risposte (Case della Salute centrate sulla comunità, con i loro team multiprofessionali, integrati con le reti cliniche ed i soggetti sociali) che sono nate dal basso, come processi di bottom-up e legittimate da alcune aziende sanitarie. Esse hanno prodotto, in base ad alcune nostre esperienze, di fronte alla popolazione ed insieme alle istituzioni territoriali, scelte condivise, legittimazione dei processi operativi, coesione e cooperazione tra le componenti professionali multiprofessionali, gradimento e sicurezza per gli assistiti. Importante il coinvolgimento della popolazione tramite canali di dialogo appropriati, non solo nell'esprimere il gradimento ma anche proposte migliorative dei servizi.

Riportiamo una esperienza dal campo: "Il modello di collaborazione tra ospedale e territorio è da noi utilizzato nell'organizzazione delle breast unit, e funziona bene. Il Medico di MG ha la possibilità di segnalare in tempo reale il caso sospetto; di intervenire alle riunioni del team ospedaliero; fanno parte del team anche operatori del territorio - fisiatra, fisioterapista-psicooncologo, oncologo territoriale-; vi è l'accesso diretto delle pazienti nei vari ambulatori e per il follow up con agende dedicate senza quindi liste di attesa; il PDTA è condiviso tra tutti".



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Scheda B – Valorizzazione dei medici di medicina generale.

Si auspica una **revisione della Convenzione Nazionale per la Medicina Generale che assuma una forma di accreditamento della figura del medico di medicina Primaria in forma singola e/o associata** e che sancisca una sua **maggiore responsabilizzazione e valorizzi** il suo ruolo di coordinamento delle cure dei pazienti in carico attraverso:

- un maggior riconoscimento, definizione e strutturazione del tempo e dell'organizzazione del lavoro in team (certezza dell'orario di studio, assistenza domiciliare, medicina di iniziativa, , consulti con gli specialisti, riunioni di team a scopo informativo, organizzativo e valutativo).
- La disponibilità di adeguate risorse umane e tecnologiche anche per decomprimere il carico burocratico delle attività e per incrementare la qualità delle prestazioni diagnostiche e assistenziali di primo livello
- una partecipazione responsabile al Governo Clinico del territorio
- una formazione continua certificata orientata al miglioramento delle competenze relazionali, di quelle relative alle pratiche di prevenzione e alle pratiche cliniche diagnostico-terapeutiche (compreso l'uso strumentale di diagnostiche di primo livello e piccole pratiche chirurgiche).
- l'accountability delle attività in cui è coinvolto (mediante l'adozione di appositi indicatori) e maggiori vincoli di partecipazione alle attività di programmazione e audit di audit in ambito AFT e/o Casa di Comunità e UCCP, monitorando i fenomeni di eccessivo numero di iscritti rispetto alla effettiva possibilità e disponibilità a seguirli.

Circa il passaggio alla dipendenza del medico di medicina generale il gruppo esprime perplessità invitando il legislatore a valutare tre ordini di rischi per il SSN.

1. Impoverimento del rapporto fiduciario con l'assistito. Il rapporto tra medico di famiglia e paziente, nasce da una libera scelta ed è destinato a crescere nel tempo. Esso non è finalizzato al mantenimento del massimale, come spesso si è continuato a pensare da parte di alcuni medici di fronte a proposte di innovazione organizzativa del lavoro e del setting professionale. Esso invece è finalizzato a permettere al medico quella funzione di cura e di advocacy di fronte ai bisogni di salute del paziente e della sua famiglia, soprattutto nei momenti critici dell'esistenza. Una fiducia che si estende all'intero team e che porta il paziente e la sua famiglia ad essere protagonisti di cambiamenti positivi sia dei percorsi di cura che dello stile di vita. Esso potrà rappresentare, nell'ambito del governo clinico del territorio, un elemento moltiplicatore di efficienza e di efficacia dell'innovazione delle cure primarie nel nostro paese.
2. Aumento dei costi complessivi di personale e gestionali per coprire il servizio ora offerto sulle 24 ore. Infatti gli emolumenti SSN di tutti i Medici di famiglia, dei Pediatri d.l.s. e dei medici di Continuità Assistenziale che coprono i costi dei collaboratori e degli



UMANITA' NUOVA
ITALIA



- infermieri, delle strutture (tutti gli studi operanti sul territorio nazionale con le relative utenze e manutenzioni), **non supera il 5/6% del bilancio di una azienda sanitaria)**
3. Riduzione della flessibilità operativa dei medici di famiglia che di fatto operano dinamicamente nelle 12 ore nei vari setting di cura (ambulatorio, domicilio, ospedale di comunità, RSA, consulti in ospedale, riunioni presso sedi distrettuali)

Scheda C - Aree di intervento strategico delle Cure Primarie

A nostro avviso, come dimostrato da esperienze positivamente condotte, i team multiprofessionali socio-sanitari, all'interno di un competente ed efficace Governo Clinico del territorio, con la loro flessibilità operativa ed autonomia ed in rete strutturata con i servizi specialistici sia territoriali che ospedalieri, possono esprimere la loro massima efficacia operativa nelle seguenti aree strategiche di intervento:

- **Area materno - infantile** in relazione operativa nella rete territoriale con i Consultori e i dipartimenti per la Salute Mentale dell'infanzia e dell'Adolescenza. Il valore strategico di tale area è anche avvalorato dalle evidenze emerse dall'Epigenetica per la quale assume estrema rilevanza l'individuazione ed il controllo dei fattori di rischio bio/psico/sociali agenti negativamente sulla salute della donna in gravidanza e sullo sviluppo del bambino nei primi tre anni di vita.

- **Area della salute mentale e dipendenze** in continuità assistenziale tra i Servizi di Salute Mentale dell'Infanzia Adolescenza e quelli degli Adulti. Tra gli obiettivi strategici il miglioramento del passaggio in cura tra servizi dell'infanzia e adolescenza e quelli per gli adulti, la diagnosi e il trattamento precoce dell'Autismo, dei disturbi sensoriali, dell'attenzione e cognitivi dell'infanzia, la diagnosi precoce dell'esordio psicotico, maggiore attenzione nella diagnosi precoce e presa in carico dei Disturbi della Nutrizione/Alimentazione (Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbi da Binge eating), l'approccio olistico ai disturbi d'ansia e depressione di cui è affetto il 7/10 % della popolazione adulta.

Istituire e implementare in tutte le Regioni il Budget di Salute per i pazienti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale mediante un Progetto Terapeutico Personalizzato in gestione tra il DSM ed Enti del terzo settore, per una armonica integrazione tra la presa in carico clinica e socio-residenziale mediante accreditamento delle strutture sociali nell'ottica dei servizi territoriali di Comunità.

Da considerare anche l'area delle dipendenze, in alcune regioni inserita nei dipartimenti di salute mentale ed in altri con dipartimenti autonomi.



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Secondo L.Becchetti: "se la retta delle persone con fragilità (Psichica ndr) viene trasformata in reinvestimento nella vita attiva (socio-relazionale/lavorativa ndr) questa genera un ritorno economico e ricchezza del senso del vivere ".

- **Area della Prevenzione e della cura della Cronicità e della fragilità** in relazione operativa tra le cure primarie e la specialistica all'interno di reti strutturate per la prevenzione ed il trattamento delle fragilità e delle principali patologie croniche. La gestione della cronicità rappresenta una delle ragioni prevalenti che spingono ad una efficiente ed efficace relazione operativa tra territorio e ospedale e la sfida maggiore per rendere sostenibile il SSN futuro. A rendere più sostenibili ed efficaci le reti cliniche vi è sia la medicina degli stili di vita con i suoi servizi (gli ambulatori di *medical fitness*, le palestre della salute ecc) e *programmi di health education e di self management*, tipici dell'area delle cure primarie, *favorenti un sano stile di vita (healthy food, gruppi di cammino, ecc)*, sia, sul versante clinico, i *percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e riabilitativi* condivisi, che sanciscono la qualità e l'equità dei processi assistenziali riguardanti i pazienti affetti dalle principali malattie croniche ad alto impatto per consumo di risorse e per carico assistenziale. Le casa della comunità e le sedi comuni delle medicine di gruppo costituiscono di fatto l'ambito ideale per l'implementazione di setting interdisciplinari di medicina proattiva, con la possibilità, nel nuovo assetto del territorio, di promuovere "*competenze di first opinion*" presenti all'interno della medicina generale stessa e dei team multiprofessionali. L'abbattimento dei ricoveri impropri dei pazienti più complessi, in carico per patologie croniche, potrà essere favorito, oltre che dalle attività di telemedicina e teleconsulto, anche dalla possibile implementazione presso l'ospedale di riferimento distrettuale di un servizio di *day service correlato ai percorsi della cronicità*, in grado di garantire l'attività di diagnostica complessa, erogata in tempi e in forma integrata, nell'ambito dei percorsi attivati dal team.

Particolare attenzione va posta all'aspetto delle cure palliative integrate nelle reti, come è emerso in modo importante nella pandemia: a domicilio, in ospedale, in hospice, nelle RSA: in alcune Regioni ci sono state esperienze importanti, in molte altre si è potuta osservare solo la mancanza con relative conseguenze.

Tutti questi aspetti sono legati tra loro dall'ambito psico-sociale e relazionale che è una dimensione essenziale della salute, da promuovere sul territorio, sia nella fase della prevenzione che in quella della cura.

È anche una risorsa vitale per il singolo, la famiglia e la comunità nell'affrontare situazioni di disagio fisico e psichico durante tutto il percorso di malattia, della disabilità e della non autosufficienza. In particolare lo è per le persone più gravi, e durante la fase di palliazione.



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Scheda D – Aggregazioni funzionali e Case della Comunità

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici del territorio, MMG (Medici Medicina Generale), PLS (Pediatri di Libera Scelta), MCA (Medici di Continuità Assistenziale) e MSA (Medici Specialisti Ambulatoriali), introdotte dalla riforma Balduzzi (anche se non ancora applicata su gran parte del territorio nazionale) attuata con il D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono costituite da raggruppamenti mono-professionali di MSA, MCA PLS, finiscono per rappresentare, con i pazienti iscritti nei loro elenchi, la base demografica territoriale (20-40 mila abitanti) cui aggregare, funzionalmente, le risorse strutturali, strumentali e umane multiprofessionali del territorio. Le sedi comuni ambulatoriali dei MMG MSA, MCA e le Case di Comunità (una per AFT) potrebbero così, di fatto, diventare le sedi di riferimento per tutta la AFT. Per tutti i pazienti della AFT esse potranno erogare programmi di *Medicina di iniziativa e di Medicina preventiva* e tutti i servizi territoriali di primo livello previsti dal SSN e, con tutti i medici della AFT, opereranno in rete con le altre strutture intermedie (ospedali di Comunità e RSA), con i servizi specialistici territoriali (UCCP) ed ospedalieri, costituendo altresì l'interfaccia tra Cure primarie e Comunità.

Per un efficace funzionamento delle aggregazioni un ruolo importante è svolto dal Distretto Sanitario che deve configurarsi come una struttura meno rigida, più dinamica ed aperta a tutte le interazioni territoriali che siano in grado di personalizzare l'assistenza.

Le Case della Comunità

Con la rete delle altre strutture di base insistenti sul proprio territorio di riferimento, **la Casa della Comunità è prima di tutto un luogo di accoglienza e di cura** (nel significato inglese del termine *I care*). I suoi principali valori sono costituiti dai Team multiprofessionale che la abitano (con la qualità delle loro relazioni) e dalla popolazione che vi afferrisce.

L'implementazione di case della comunità su tutto il territorio nazionale potrà giovare di strutture di nuova costruzione o già di proprietà Aziendale o di altre istituzioni pubbliche, nonché fornite dal terzo settore o dalle stesse cooperative di Medici di medicina Generale.

Una struttura vocazionale, coerente con le proprie funzioni

Particolare attenzione dovrà essere posta alla struttura. La CdC. dovrà disporre di spazi e dotazioni tecnologiche (telematiche e diagnostiche) capaci di accogliere le attività, i servizi e le relazioni che vi si esplicano. Così come dal punto di vista organizzativo dovrà rispettare i principi e le modalità di lavoro della Primary Health Care (PHC).



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Le Case della Comunità non vanno confuse o assimilate alla logica dei poliambulatori.

Inoltre al fine di favorire la coesione e la coesione tra gli operatori e la comunicazione sia interna che verso il distretto e la Comunità è opportuno che nella Casa della Comunità vi sia un coordinatore clinico liberamente eletto dai componenti del Team che, attraverso la promozione di riunioni periodiche del team multiprofessionale, all'occorrenza aperte ai soggetti formali ed informali della Comunità. favorisca la costruzione del *Progetto di Salute della CdC (3)* e le attività di valutazione (audit clinico organizzativo) e di accountability previste e coordinate dal Distretto.

Per tali motivazioni un **eccesso di pazienti in carico ai medici di famiglia (oltre le 1500/1800 scelte)** ed un **bacino di utenza (una CdC ogni 50 mila abitanti) sopra dimensionato**, incompatibile per la gran parte del territorio e dei Comuni Italiani, come previsto nel PNRR, di fatto, corrono il **rischio di non vedere attuate le caratteristiche operative e le funzioni di prossimità dei team multiprofessionali e della PHC**, come sopra e di seguito descritte.

Nella implementazione del PNRR si ritiene importante:

- Praticare la scelta dei coordinatori delle AFT, delle UCCP e delle Case della Comunità non più su base fiduciaria da parte dei dirigenti aziendali, ma dal gradimento elettivamente espresso dei colleghi per l'attuazione in maniera efficace del principio di co-governance mediante la responsabilizzazione ed il coinvolgimento attivo di tutto il personale sanitario nella gestione dell'attività clinica.
- Evitare i distacchi dalla professione e mantenere i coordinatori delle AFT e delle UCCP e delle CDC attivi nel loro ruolo professionale.
- Sollecitare le Aziende Sanitarie ad una rapida implementazione delle AFT e delle UCCP e sanzionare la loro mancata attivazione, inteso nel senso di individuare specifiche responsabilità, non di penalizzare le Aziende Sanitarie di riferimento.

Scheda E - Le Equipe territoriali

I team dovrebbero essere nominalmente costituiti e composti da operatori che, partendo dalle loro specificità e autonomie professionali, vengono chiamati a condividere obiettivi di salute, programmi e responsabilità di presa in carico e cura della popolazione a loro congiuntamente affidata. Questo attraverso rapporti di reciprocità e interdipendenza. Ogni team dovrebbe poter agire in **autonomia operativa** e seguire le logiche del governo clinico con la guida di un proprio **coordinatore eletto** dai componenti il team stesso.

Investire sui team di cure primarie, in rete con gli altri servizi, significa potenzialmente realizzare un **approccio che studi i fattori di rischio lungo la intera vita del paziente (life**



UMANITA' NUOVA
ITALIA



course), intercettando i suoi bisogni e quelli della famiglia nelle varie fasi “critiche” della vita, prendendosi cura degli aspetti fisici, psichici e relazionali. Obiettivo strategico di questa organizzazione è quello di coniugare l’equità e la continuità nella erogazione delle cure con la qualità e l’appropriatezza e, non ultima, con la riduzione dei costi di accesso alle cure stesse.

Nel team possono confluire diversi operatori specializzati come il geriatra, il palliativista, lo psicologo, il fisioterapista, il riabilitatore, l’osteopata, l’infermiere di comunità cercando di garantire un approccio integrato e coordinato alle cure.

Il team curerà anche il rapporto con i volontari e le associazioni di privato sociale presenti sul territorio coinvolgendole nella attività di pianificazione e verifica della qualità dei servizi. La centralità della persona non deve omettere di considerare la sua area valoriale e spirituale insieme alle aree già conosciute: organica, funzionale, socio-ambientale, relazionale (7).

Di seguito le principali attività che dovrebbero caratterizzare l’operatività dei team territoriali multiprofessionali (inclusi tutti i componenti della AFT) ed essere contemplati negli standard operativi :

- individuazione e dimensionamento (prevalenza) dei fattori rischio e di protezione per la salute agenti nella popolazione di riferimento
- promozione di iniziative di *health education e self management* per aumentare la consapevolezza dei cittadini/pazienti anche in collaborazione con altri soggetti sociali del territorio
- implementazione di programmi di prevenzione primaria: accompagnamento alla nascita e promozione dell’allattamento al seno, bilanci di salute nell’infanzia, vaccinazioni, programmi di *medical fitness*, gruppi di cammino, educazione alimentare, programmi di mitigazione dell’impatto causato dai determinanti sociali sulla salute dei singoli o dei nuclei familiari ecc.
- implementazione di programmi di prevenzione secondaria: screening dell’autismo, screening oncologici
- attività di diagnosi e cura di patologie a bassa complessità e alta prevalenza
- continuità assistenziale h16 con riorganizzazione dei servizi di Continuità Assistenziale in rete con i medici di famiglia
- Medicina di iniziativa con programmi di presa in carico precoce e di disease management dei pazienti affetti da malattie croniche, in rete con le strutture specialistiche di riferimento
- valutazione Multidimensionale dei pazienti complessi
- implementazione delle attività domiciliari integrate su tutto il territorio nazionale in cooperazione con i servizi di cure palliative o altre componenti specialistiche territoriali dedicate (es: nutrizione clinica o pneumologia territoriale ecc..)
- lavoro in rete con i servizi specialistici territoriali convenzionati (cliniche, laboratori analisi,...) e ospedalieri



UMANITA' NUOVA
ITALIA



- segretariato sociale
- all'occorrenza concorso al monitoraggio biologico ambientale della salute

Si sottolinea l'importanza che il servizio infermieristico della CDC sviluppi una presa in carico di tutti i pazienti necessitanti di cure domiciliari di base in forte integrazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di I.s. ed in collaborazione, all'occorrenza con i servizi di cure palliative e/o con i colleghi della Centrale Operativa.

Infatti i rapporti di prossimità che gli operatori delle cure primarie sperimentano, individualmente o in team, nella variabilità dei setting (ambulatoriale o domiciliare; individuale o a piccoli gruppi) e la diversità dei programmi e delle azioni che essi intraprendono con i pazienti e nella comunità, si esprimono nel tempo in un continuum operativo dove si intrecciano le funzioni di promozione della salute (incremento dell'empowerment, engagement ed health literacy) con quelle di tutela, con grande beneficio sociale. Le esperienze consolidate dimostrano che la cooperazione interna al team e l'apertura alla comunità, con gli esiti positivi che essa finisce per generare sia sul piano relazionale che professionale si trasforma nel tempo in un modus vivendi ed operandi dell'intero team.

Una riflessione. Se fossero stati istituiti i team multi-professionali come sopra descritti, vista la posizione contrattuale del ruolo unico della Medicina Primaria e la possibilità di una disponibilità operativa parziale a quota oraria dei medici di CA, insieme alla dotazione infermieristica, le attività delle USCA sarebbero state ordinariamente svolte in tempo reale dai team territoriali stessi, liberando sul territorio quotidianamente (h 12) almeno due unità mediche ed infermieristiche ogni 10/15 mila abitanti. Infatti per la loro flessibilità operativa e le regole che attualmente caratterizzano le medicine di gruppo (cartelle cliniche in rete, flessibilità organizzativa ecc..) i team appositamente supportati (professionalmente e tecnologicamente), verrebbero a costituire un vero HUB capace di operare simultaneamente sia sulle patologie acute che croniche.

Scheda F - Tecnologia e digitalizzazione

È importante ricordare che le cure primarie, principalmente attraverso le proprie componenti professionali della medicina primaria MMG e Pediatri, non svolgono solo funzioni di accoglienza o di gate-keeper ma di vera e propria attività diagnostico-terapeutica. Gli investimenti pressoché assenti, finalizzati a sostenere e migliorare tale funzione, hanno impedito fino ad ora che diverse condizioni patologiche trovassero soluzione in una risposta diagnostica e terapeutica esaustiva al primo livello assistenziale che le Cure Primarie rappresentano.



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Diagnostica di primo livello

Si ritiene che la **diagnostica di primo livello, anche in telemedicina e teleconsulto**, supportata da apposita formazione, posizionata nelle Case di Comunità o nelle medicine di gruppo che aderiscono alla Medicina di Iniziativa, debba andare a potenziare sia l'attività clinica occasionale quotidiana del medico di famiglia e del pediatra che i percorsi di monitoraggio della cronicità in ambulatorio e a domicilio.

Principali Tecnologie diagnostiche di primo livello (alcune anche in telemedicina)

- ECG
- ECG Holter
- Holter pressorio
- Spirometro
- Ecografo
- Glucometro
- Fotometro
- OCT
- Tecnologie per il tele monitoraggio, telediagnosi e teleconsulto

Cartelle cliniche in rete

Per utilizzare al meglio le grandi opportunità che offre l'informatica per l'ottimizzazione della sanità, bisogna coinvolgere il personale a contatto con gli utenti, la cosiddetta 'front line', con verifiche sul campo, evitando di calare dall'alto programmi lenti, incompleti, complicati, che spesso rispondono principalmente ad esigenze statistiche centrali e burocratiche e solo secondariamente a criteri gestionali clinici, con il risultato di aggiungere la documentazione informatica a quella cartacea, senza sostituirla.

Pertanto si ritiene inderogabile nell'utilizzo dei fondi del PNRR l'Implementazione ed efficiente uso diffuso della cartella clinica digitalizzata, come previsto dal progetto della Tessera Sanitaria Elettronica del 2013, per poter fornire in tempo reale a tutti gli operatori sanitari la storia anamnestica delle persone.

L'uso della cartella clinica in rete tra i medici della CdC e della intera AFT, la interoperabilità con e tra gli altri sistemi gestionali ospedalieri e del Pronto soccorso e con le piattaforme aziendali o regionali, mediante protocolli di trasmissione dati definiti dallo Stato, nel rispetto della privacy, dovrebbero costituire la vera rivoluzione digitale del SSN. Essa così non sarà più finalizzata al solo controllo della spesa (come è avvenuto con la ricetta elettronica) ma, finalmente, alla qualità, sicurezza, tempestività, integrazione operativa e continuità (h24) delle cure; alla valutazione professionale (audit) e alla ricerca (epidemiologica e clinica), che orienti i provvedimenti e risposte, con un grande impatto sulla



UMANITA' NUOVA
ITALIA



comunicazione tra i professionisti e sulla ottimizzazione dei costi (abolizione di duplicazione di interventi).

È da notare che ogni medico di Famiglia viene a contatto in un anno, per una o più volte, con circa l'80-90% della popolazione in carico. Le sue competenze operative e l'uso di una cartella clinica informatizzata *Problem oriented* rappresenta un potenziale informativo enorme per concorrere a definire il profilo di salute dinamico di ogni cittadino con una forte valenza epidemiologica e preventiva, capace di concorrere concretamente a costruire un profilo di salute della popolazione (fondato sui dati) (3)

Scheda G – Differenze tra regioni e formazione

Vi sono alcune problematiche che riteniamo comuni a tutte le regioni italiane:

- **Costante definanziamento** negli ultimi anni della spesa sanitaria / costi crescenti della tecnologia e delle cure.
- **Aumento della spesa privata *out of pocket***. nel 2019 la spesa sanitaria è stata dell'8.7% del PIL (6.6 di spesa pubblica e 2.1% privata). La spesa pro-capite pubblica Italiana è stata di 2473 euro verso i 3644 e 4504 rispettivamente della Francia e della Germania
- **Transizione demografica e riduzione degli anni liberi da disabilità**. Denatalità ed invecchiamento della popolazione con aumento della cronicità e della fragilità. Nonostante che la speranza di vita alla nascita per entrambi i sessi sia tra le più alte in Europa e nel mondo, l'indicatore epidemiologico che più deve interessarci per sviluppare sagge politiche per la salute, al fine di contrastare l'incremento della fragilità nella popolazione anziana, sono l'aspettativa di anni liberi da invalidità/fragilità al compimento del 65esimo anno di vita. Nel nostro paese nonostante l'aspettativa di vita a 65 anni sia di 23 anni, gli anni liberi da invalidità/disabilità sono solo 10, contro i 16 della Svezia a parità di aspettativa di vita over 65.
- **Carenza di personale sanitario** per riduzione ed invecchiamento. Dal 2012 al 2021 sono 61.000 i medici con titolo per andare in pensione a fronte di 35.000 medici specialisti formati, con un saldo negativo di 26.000. Le cause prevalenti sono ascrivibili a mancata programmazione della formazione dei medici specialisti e di Medicina Generale; migrazione (negli ultimi 10 anni su 100 medici europei che hanno lasciato il proprio paese il 52% sono italiani, al secondo posto con il 19% i tedeschi); bassa attrattiva del SSN e bassa remunerazione; blocco turnover per vincolo di spesa



UMANITA' NUOVA
ITALIA



(sbloccato solo nel 2019) con incremento dell'età media del personale medico (nel 2000 i medici over 55 erano il 20% del totale, nel 2017 il 53%, media OCSE 34%)

- Mancanza in molte regioni di **standard organizzativi e operativi di qualità**

Carenza di personale

Ci scrive un operatore: "Gli operatori sanitari sono sfiniti, sempre meno, sempre più anziani. Quale sanità si può fare con "i muri" senza "le persone" ? Osservo una grande corsa agli accreditamenti strutturali per accedere ai fondi, ma ben poco per migliorare le condizioni di chi deve lavorarci. Vedi la drammatica carenza di urgentisti e intensivisti, oltre che - trasversalmente- di infermieri"

Per poter monitorare i bisogni formativi sarebbe auspicabile un coordinamento **tra le competenze di programmazione del MIUR e del Ministero della Salute** sino a pervenire ad una programmazione condivisa.

Colmare il gap della carenza di personale attraverso l'aumento dei contratti di formazione significa **coinvolgere nei processi formativi "Ospedali di apprendimento"** per ampliare la casistica e le funzioni di tutoraggio a disposizione degli specializzandi, così come **aprire a contratti di formazione -lavoro** come avviene in altri paesi europei.

Allo stesso modo è necessario e urgente **aumentare il numero di borse di formazione per la Medicina Generale** adeguandone i compensi e, coerentemente all'esigenza di sviluppo dei servizi territoriali e di maggiori investimenti sul livello delle cure primarie, addivenire all'istituzione di uno **specifico corso di specializzazione in Medicina di Famiglia e PHC** superando il gap che vede le nostre Università non disporre di un "*core curriculum*" formativo riguardante la Primary Health Care e la Family Medicine che ne è parte sostanziale e integrante.

In attesa dell'istituzione di Corsi Universitari di Medicina di Famiglia, perequare economicamente la frequenza del triennio di formazione in Medicina Generale ai corsi di specializzazione, migliorandone il percorso formativo (introduzione per es. di una formazione in Ecografia Generalista ed in Piccola Chirurgia)

Investire sulla formazione continua per potenziare il *core competences* e le performances dei professionisti anche con la partecipazione a corsi che promuovano la formazione congiunta interprofessionale. Impiegare i Servizi territoriali e le future **Case di Comunità come luoghi di formazione e ricerca.**



UMANITA' NUOVA
ITALIA



Si dovrebbe dare maggiore rilevanza nei piani formativi a materie come etica, bioetica e deontologia.

Un rinnovato ruolo del Ministero della Salute

Visto quanto fino ad ora sperimentato nella gestione del SSN è auspicabile un ruolo rinnovato e rinforzato del Ministero della Salute. Esso dovrebbe migliorare in efficacia, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanza, per erogare linee guida e controllare l'operato delle Regioni. Vanno studiate e valorizzate le migliori pratiche per evitare inadempienze, frammentazione e ritardi circa la implementazione dei processi innovativi del SSN espresse dai decreti governativi e dai Piani Nazionali e che coinvolgono i livelli assistenziali, gli operatori, i servizi e il loro assetto organizzativo. Obiettivi strategici:

- ridurre la variabilità organizzativa e di accesso equo ai servizi tra le varie Regioni monitorando l'implementazione qualitativa e quantitativa dei servizi e dei programmi finalizzati alla prevenzione e alla cura della persona.
- garantire in maniera uniforme sul territorio nazionale standard di qualità delle prestazioni nei livelli essenziali di assistenza
- equiparare i costi di erogazione dei servizi tra le varie Regioni.
- vigilare sull'applicazione dei piani e dei programmi nazionali e monitorare il loro grado di applicazione secondo **indicatori di processo e di esito**

Ci sono aspetti positivi nell'aver introdotto criteri di gestione manageriali nelle aziende sanitarie ma il rischio è quello di condizionare l'investitore pubblico ed i professionisti ad una rendicontazione quasi esclusiva dell'efficienza economica delle azioni a scapito dell'efficacia clinica delle stesse.

Per il monitoraggio della spesa sanitaria regionale e nazionale è opportuno che il MEF tenga conto, assieme ai costi, non solo dei ricavi economici delle prestazioni ma anche dei risparmi di spesa e dei benefici apportati alla popolazione (in termini di salute e di recuperata produttività sociale ed economica), secondo criteri ed indicatori derivati dalla letteratura e dagli studi in materia.

Note

(1) Ad es. una relazione annuale redatta da ogni Casa della Comunità secondo un Data-set standard.

(2) Si veda ad esempio il caso inglese dove l'assunzione di psicologi clinici territoriali da parte del servizio sanitario ha consentito di ridurre notevolmente la spesa farmaceutica e il numero di ricoveri ospedalieri (<https://psichiatriamilano.it/lesperimento-per-la-salute-mentale-in-inghilterra-la-psicoterapia-senza-costi/>)



UMANITA' NUOVA
ITALIA



(3) Con rif. al documento di AGENAS “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” cap. 2

(4) Si veda *Piano Nazionale Cronicità* del 2016: progettazione e realizzazione di interventi integrati per la promozione di corretti stili di vita e la prevenzione secondaria delle principali malattie croniche, la formazione di gruppi multi-professionali per il coordinamento e la definizione dei PDTA specifici.

(5) Riportiamo un paio di testimonianze dal campo: “Questo anno 2021 il budget ordinario per la patologia clinica è finito per la fine di luglio. mentre ci era stato promesso di arrivare a fine anno. Abbiamo avuto dal 1 settembre un budget straordinario che è durato 40 giorni. Ci hanno comunicato il 19 ottobre con PEC che la data ultima era il 7 ottobre. Tutto questo è drammatico per i pazienti oncologici e le persone affette da patologie croniche, malattie rare, che sono costretti a rimandare gli esami, se non sono in condizioni economiche da poter far fronte a tali spese.”

“Mi è capitato di essere stata richiamata per aver prescritto qualche fiala in più di terapia ad un paziente oncologico , ritenuta cosa impropria in quanto eccedeva il mio budget di spesa”

(6) Documento AGENAS citato, cap.2

(7) Si veda il progetto “Stella Polare” della Fondazione Zancan:
<https://www.fondazionezancan.it/news/view/156>.

(8) Fonte corriere.it dataroom 2020