

30 GIUGNO 2021

WEBINAR

FOCUS PIEMONTE

**VERSO UNA
COSTITUENTE DELLA MEDICINA
TERRITORIALE**

UN CANTIERE NELLE VARIE
REGIONI PER UN NUOVO MODELLO

DOCUMENTO DI SINTESI

INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il COVID-19 ci ha lasciato un'eredità pesante in termini economici, psicologici, di salute e di coscienza della potenzialità ma anche dei limiti del nostro SSN. Nessuno può dubitare del suo sotto finanziamento, della carenza della formazione delle risorse umane necessarie, della precarietà e diversità di una medicina del territorio mai definitivamente decollata, della vetustà tecnologica di alcune realtà sanitarie territoriali ed ospedaliere, della contraddizione di un regionalismo imperfetto che deve viaggiare verso un'autonomia differenziata vera ed un coordinamento centrale efficiente.

Ma nonostante questo il nostro sistema ha retto, rimane un riferimento importante per il suo universalismo e l'approccio equo solidale, per la sua capacità di dare risposte nonostante la non brillante situazione economica del Paese, bisogna procedere ad un rapido ammodernamento del sistema in tutti i suoi aspetti per utilizzare al meglio i soldi europei per la Next Generation, la cui percentuale dedicata alla salute rimane ancora fumosa. La Medicina Territoriale è il focus principale per un rilancio del SSN ed i differenti modelli regionali vanno ripensati e implementati a partire dall'assistenza domiciliare, diritto costituzionale del cittadino così come gli accessi agli altri luoghi di cura. Motore Sanità ha iniziato una road map nelle Regioni italiane per discutere della riforma della medicina territoriale esaminando e sentendo le proposte dei vari modelli regionali per individuare un progetto nazionale comune, seppur articolato nelle varie realtà.

VERSO UNA NUOVA IDEA DI MEDICINA TERRITORIALE

La Sanità della Regione Piemonte potrà cambiare entro la cornice prefissata dal Governo nazionale.

Ci sarà quindi un framework in cui l'assistenza territoriale del Piemonte dovrà muoversi. Sono già stati fissati dei paletti e delle limitazioni.

Il Governo centrale ha istituito per il Piemonte questi obiettivi:

- 93 case di comunità
- 43 centrali operative territoriali
- 27 ospedali di comunità, con un modulo tipo di venti posti letto

E i budget a disposizione:

- 2,5 mln di euro per ogni ospedale di comunità
- 1,5 mln per le case di comunità
- 150mila euro per le centrali operative territoriali

E' già in corso un piano di finanziamento per la Regione Piemonte: la medicina si appresta a cambiare attraverso un nuovo modello precostituito a livello nazionale, alle Regioni spetta il compito di declinarlo attraverso le singole realtà territoriali. Non basterà però soltanto questo piano di costruzione perchè tutte le nuove strutture andranno popolate da una serie di professionisti che dovranno rispecchiare le reali necessità territoriali.

IL FUTURO DELLA SANITÀ IN PIEMONTE

La politica regionale già da tempo ha iniziato un processo legislativo volto a modificare l'attuale assetto della sanità in Piemonte. Una vera e propria rivoluzione per l'assistenza sanitaria che prevede l'istituzione di un'Azienda Zero che coordini le attività di Asl e Aso. La Regione intende servirsi degli strumenti messi a disposizione nell'ambito dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale per sviluppare forme associative e fornire risposte più adeguate sul territorio. La Regione intende creare una rete di assistenza territoriale integrata con gli ospedali per ridurre la disparità di accesso alle cure, favorire sostenibilità del sistema e migliorare la qualità delle cure attraverso nuovi modelli organizzativi e il potenziamento e valutazione del capitale umano.

PUNTI DI FORZA E DI CRITICITÀ DELLA GESTIONE DI UNA ASL CITTÀ

Nella prima fase della pandemia la medicina territoriale ha dimostrato tutta la sua debolezza, con servizi obsoleti non sinergici con gli MMG, con organici ridotti e scarsa informatizzazione. L'incessante lavoro di potenziamento ha favorito programmi di telemedicina, centrali operative, incremento numerico degli organici, partnership pubblico/privato ha posto le basi per una strategica campagna vaccinale pianificata e costruita su hub di medio o grandi dimensioni e di impatto tecnologico. Tutto questo patrimonio deve essere conservato e finalizzato a ricostruire in maniera permanente la macchina del territorio mantenendo le capacità operative raggiunte ed indirizzarle verso un modello che sappia prendere in carico il cittadino ed evitare per quanto possibile il ricorso agli accessi ospedalieri. Questo è a portata di mano riconvertendo quanto costruito nell'emergenza, implementando con le nuove progettazioni che saranno rese possibili con le risorse del PNR.

MEDICINA GENERALE E INDICATORI DI RISULTATO

Vi sono evidenze scientifiche che la Medicina Generale e le Cure Primarie migliorino la salute della popolazione, aiutino a prevenire le malattie e riducano la mortalità. L'epidemia in corso ha reso evidenti le carenze denunciate da tempo: è indispensabile una sanità che investa nella realtà più vicina al cittadino, la sanità territoriale. La Medicina Generale è chiamata a svolgere un ruolo centrale attraverso una riorganizzazione che sposti il focus dall'ospedale al territorio. È la strada della sanità organizzata e proattiva, coerente con la capacità di iniziativa dei professionisti, organizzati singolarmente ma disponibili alle organizzazioni più complesse, in grado di raggiungere obiettivi di salute collegati ad obiettivi concordati in sede di accordi convenzionali. La Medicina generale con l'ausilio di figure professionali (collaboratore di studio e infermiere adeguatamente formati), della telemedicina, effettuando direttamente diagnostica di primo livello, è in grado di assicurare, attraverso il lavoro singolo e di squadra, sia la medicina di attesa che la medicina di iniziativa, la diffusione della prevenzione e l'erogazione delle cure di patologie croniche a un costo accettabile.

OLTRE L'ADI: UNA NUOVA ASSISTENZA DOMICILIARE

Occorre ridisegnare un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato quindi verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza territoriale deve quindi diventare luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Nazionale della Prevenzione e il PNRR.

L'assistenza deve essere organizzata per bisogni assistenziali.

Stratificazione dei setting assistenziali:

2,5mln di persone assistite tramite cure domiciliari di II e III livello, Cure palliative ed Hospice.

23,5mln di persone assistite in Casa della comunità e Ospedale di comunità.

34,3 mln di persone assistite attraverso le Case della Comunità (prevenzione primaria e secondaria).

L'innovazione presente in tali modelli richiede:

- La formazione dell'IFeC a livello accademico, in percorsi post-laurea
- Il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali.
- L'IFeC non è una diversificazione degli interventi ADI ma svolge una funzione integrata e aggiunta a tali interventi.
- La promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana.
- Un bacino di utenza coerente con le condizioni geografiche e demografiche del territorio di riferimento.
- La possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti con gli altri professionisti, tra cui in particolare il MMG e il PLS, al fine di creare una vera équipe di cura, unico riferimento per la persona assistita.
- L'integrazione dell'azione degli IFeC con i servizi esistenti attraverso percorsi condivisi e definizione di ruoli complementari come il care manager, l'Health monitoring.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IFeC al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro la comunità e con le comunità.
- La possibilità di agire in differenti ambiti, intervenendo: a livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario e in strutture residenziali e intermedie.

CONCLUSIONI

Negli ultimi 10 anni sono stati tolti alla sanità nazionale oltre 30 miliardi di investimento. I fondi dedicati alla sanità dal Recovery Fund potranno in parte sopperire a questa mancanza. Questi nuovi fondi rappresentano una grande opportunità di cambiamento per il SSN per sovvertire il proprio modello ospedalocentrico con un modello che veda integrati in un unico sistema il territorio e l'ospedale. Per riuscire però a cogliere questa opportunità serve un grande sforzo organizzativo da parte di tutti gli attori del sistema sia a livello regionale che a livello nazionale.

IL PANEL CONDIVIDE

- Le scelte per cambiare il sistema di medicina territoriali devono essere prese basandosi sulle evidenze e sugli studi scientifici.
- Per poter rivoluzionare il SSN è necessario un programma di riforme ben organizzato a livello centrale lasciando al territorio il compito di declinare al meglio queste riforme.
- Per cambiare il sistema sanitario regionale e nazionale non si dovrà soltanto investire in nuove strutture edilizie ma bisognerà anche valorizzare il capitale umano.
- Le RSA e le altre strutture territoriali, che hanno sofferto moltissimo durante il Covid-19, dovrebbero rientrare nel piano riorganizzativo della sanità.
- Le evidenze scientifiche sugli effetti positivi in termini di salute e mortalità delle cure primaria dovrebbero spingere i decisori a investire di più in questo campo.
- Il Covid-19 ha insegnato che si può, in tempi molto brevi, modificare gli assetti del SSN.
- Il riassetto della medicina territoriale non deve essere svolta in funzione delle necessità dell'Ospedale.

ACTION POINTS

1. Le Associazioni dei pazienti devono essere sempre più integrate nel sistema decisionale, con la loro partecipazione anche alla stesura dei PDTA regionali.
2. I piani di spesa devono essere utilizzati anche per creare un sistema che possa rapidamente offrire risposte ai cittadini nel caso di una nuova possibile emergenza sanitaria.
3. Bisogna prevedere modelli regionali per inserire in maniera permanente la telemedicina all'interno del SSR.
4. I nuovi modelli di medicina basata sulle tecnologie come la telemedicina, teleconsulto, etc. richiedono nuove figure professionali da inserire all'interno della sanità.

Sono intervenuti (i nomi riportati sono in ordine alfabetico):

Giovanni Di Perri, Direttore Dipartimento Malattie infettive Ospedale Amedeo di Savoia Torino e della scuola di specializzazione di malattie infettive Università degli studi di Torino

Carlo Picco, Direttore Generale ASL Città di Torino Regione Piemonte

Monica Rolfo, Vice Presidente OPI (Ordine Professioni Infermieristiche) Torino

Sergio Rosso, Presidente Asili Notturni Umberto I Torino

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Regionale Sanità e Assistenza Sociale, Regione Piemonte

Alessio Terzi, Past President Cittadinanzattiva Piemonte

Paola Varese, Direttore SOC Medicina a indirizzo oncologico Ovada ASLAL Piemonte

Roberto Venesia, Segretario Regionale FIMMG

Gabriella Viberti, Ricercatrice Economia Sanitaria, Organizzazione e Valutazione della performance dei servizi, spesa e finanziamento IRES Piemonte

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Piemonte, ASL Città di Torino, Cittadinanzattiva Regione Piemonte, FIMMG Regione Piemonte e Università degli Studi di Torino***

Con il contributo incondizionato di:

