

16 LUGLIO 2021

WEBINAR

MEDICINA DEL TERRITORIO E RECOVERY PLAN

UN'OPPORTUNITÀ
DI CAMBIAMENTO

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il PNRR, grazie soprattutto ai fondi del Recovery Plan destinati dalla UE nel progetto Next Generation UE, stanziava circa 10 miliardi per la ricostituzione e l'implementazione della medicina territoriale nel nostro Paese. L'Home Care, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le centrali di coordinamento sono gli assi su cui poggia la nuova medicina extraospedaliera con gli obiettivi di una presa in carico completa ed una trasversalità tra ospedale e territorio. Parte degli obiettivi da raggiungere in tre anni sono frutto del lavoro già in essere in alcune Regioni, come le case della salute o le strutture intermedie, l'assistenza domiciliare che sono da costruire così come l'uso della telemedicina. Alla base del progetto sta anche, ma non solo, un nuovo rapporto con la Medicina di Famiglia ed i Pediatri di Libera Scelta ed un rilancio del Distretto Socio Sanitario già compreso nella legge 833. Aspetto critico su cui sarà necessario lavorare rapidamente è la connessione tra tutti gli attori di sistema per la condivisione dei dati clinici, punto non più rimandabile per la riuscita del nuovo progetto organizzativo.

Paesi europei e organizzazione della medicina territoriale

Il primo dato che accomuna i medici di famiglia riguarda per lo più lo status di libero professionista (Spagna, Portogallo, Danimarca escluse). Ciò che più li unisce in Europa è l'età sempre meno giovane di chi esercita l'attività professionale; il problema non è sulla dipendenza, ma sui risultati ottenuti e sulla necessità di sostituire ed implementare il numero dei medici territoriali.

I sistemi retributivi utilizzati in Europa sono abbastanza variabili da Paese a Paese:

- Pagamento a prestazione;
- Pagamento misto;
- Pagamento per stipendio o quota capitaria;

Il pagamento a prestazione e quello a quota capitaria comporta un disequilibrio di rapporto con la medicina specialistica. A differenza del compenso a forfait italiano, in Francia e Germania i camici bianchi sono pagati a prestazione, mentre in quanto dipendenti, sono stipendiati in Spagna e Portogallo e pagati con sistema pay by result in Portogallo. In Germania e in Spagna si può accedere direttamente agli specialisti senza passare dal MMG e senza pagare la visita o l'esame. Nella penisola iberica, infatti, gli specialisti, così come i generalisti e gli infermieri, lavorano fianco a fianco nelle Case della Salute. L'Italia è l'unico Paese in cui a fronte di uno stipendio pubblico (tramite convenzione) i MMG mantengono lo status di liberi professionisti ma sono gate keeper del SSN. Diventa quindi fondamentale, per affrontare la riforma della medicina territoriale secondo il PNRR, rivedere la convenzione con i Medici di Famiglia e PLS stabilendo funzioni, sistema di remunerazione, risultati ed obiettivi con appositi controlli.

Il Gatekeeper ed il ruolo della medicina di famiglia

- In Danimarca, Italia, Olanda e Regno Unito, il ruolo del MMG è quello di Gatekeeper.
- Quella del Gatekeeper è una funzione molto importante dal punto di vista assistenziale e della spesa economica, crea le condizioni affinché vengano erogate al paziente le cure e le procedure diagnostiche proporzionate ed appropriate rispetto alle necessità e al livello assistenziale più opportuno, compresa l'erogazione diretta della cura da parte del MMG.
- Stanno aumentando, a livello europeo, le nazioni che prevedono la funzione di Gatekeeper.
- I MMG e PLS negli altri Paesi hanno un uso più esteso della diagnostica di primo livello.
- In molti Paesi europei la formazione del MMG è una formazione simile alle altre specialità.

Ruolo di Gatekeeper e contrattualizzazione dei MMG e PLS

Il riordino della medicina del territorio è un tema ormai da mesi al centro dell'agenda della politica. Non è comprensibile se la pandemia abbia creato la necessità di un cambiamento o sia stata l'occasione per mettere in atto cambiamenti strutturali delle Cure primarie che qualche Regione ha cercato di attuare anche prima del COVID. Il territorio è stato messo sotto accusa, ma si dimentica quanto negli anni passati sia stato "non fatto" e quanto poco si è investito nel potenziamento del territorio, quanto qualche Regione abbia depotenziato il SSN, quanto il titolo V abbia di fatto smembrato il SSN in 21 Sistemi Sanitari che hanno creato disuguaglianza nell'assistenza sanitaria. Sul ruolo e contrattualizzazione dei medici di assistenza primaria si sta sviluppando un dibattito che vede posizioni molto diverse con sindacati e istituzioni su posizioni molto distanti.

La **Casa di Comunità** può avere un senso nell'organizzazione dell'assistenza territoriale:

- Rappresenta il collegamento tra primo e secondo livello
- Gestisce con un'equipe multiprofessionale i casi di cronicità complessa e con integrazione socio/sanitaria
- Punto di riferimento per i servizi di comunità (screening...)

Pediatria di Famiglia e case di Comunità

- Differenza tra la tipologia di assistenza della Medicina Generale e della Pediatria
- Diverso impatto assistenziale per l'assistenza al cronico nelle Case di Comunità

Il modello casa della salute in Emilia-Romagna

Le Case della Salute sono un modello organizzativo che la Regione Emilia-Romagna sta realizzando sul territorio. Un luogo vicino e facilmente riconoscibile dove si concentrano tutti i professionisti e i servizi. Nelle Case della salute l'assistenza avviene attraverso l'azione congiunta dei medici di famiglia, dei pediatri, degli specialisti, degli infermieri, degli assistenti sociali, delle ostetriche, degli operatori socio assistenziali, del personale allo sportello, delle associazioni di pazienti e di volontariato. In tutta la Regione sono attive 125 Case della Salute. Al termine di oltre un anno di confronti la Giunta regionale ha approvato linee guida sulla organizzazione delle Case della salute per garantire sempre più medicina di iniziativa, continuità dell'assistenza con l'ospedale e partecipazione della comunità, rafforzando le competenze dei cittadini e la promozione della salute. Lo scopo è favorire l'integrazione e la condivisione tra tutti coloro che operano all'interno delle Case della salute (medici e pediatri di famiglia, dipartimenti territoriali e ospedalieri delle Aziende sanitarie, servizi sociali e la comunità).

Recovery Plan e desiderata dei Cittadini

L'emergenza Covid ha messo in luce le criticità del servizio sanitario, a livello nazionale e regionale, che da anni erano sotto gli occhi di tutti e che adesso i cittadini si augurano siano affrontate in maniera strutturale. Nell'ambito dell'assistenza territoriale è urgente affrontare la carenza di medici ed infermieri, così come porre rimedio alle differenti capacità delle Regioni per garantire l'assistenza domiciliare integrata e posti nelle RSA. Al Nord, un over 65 ha il triplo delle possibilità di essere ospitato in una residenza sanitaria assistenziale rispetto a un cittadino del Sud, e ha a disposizione circa il quintuplo di assistenza in termini di ore e di servizi. Il PNRR può essere una prima risposta a patto che il tema dell'assistenza territoriale sia affrontato non in termini di 'spazi' e 'strutture' quanto di reti e competenze. L'ottica vincente sarebbe quella di pianificare e semplificare il percorso seguito dal cittadino, a partire dalla prevenzione e dai suoi bisogni di salute.

Il ruolo e necessità degli Infermieri del territorio

Gli infermieri hanno, nel corso del tempo, la loro centralità nei percorsi di cura e di presa in carico dei pazienti. Questa categoria è da tempo sottodimensionata nel numero. Se già gli ospedali sono privi del numero necessario di infermieri non si può riorganizzare la sanità territoriale senza stanziare fondi strutturale per l'assunzione e la formazione di migliaia di nuovi infermieri.

Il ruolo delle farmacie di servizio

L'auspicio dei rappresentanti della categoria dei farmacisti per la riforma della sanità lombarda è quello di avviare riforme che superino il concetto di sistema a comparti stagni e che siano invece ispirate ad una visione globale dell'assistenza, verso un coordinamento di reti interprofessionali (farmacisti, medici, specialisti, infermieri) che si interfaccino nei diversi livelli di assistenza. Gli strumenti indispensabili di questa gestione trasversale della cronicità sono prima di tutto il FSE e il Dossier Farmaceutico. Solo attraverso la loro consultazione da parte di tutti gli operatori sanitari può rendersi concreta la consapevolezza del percorso del paziente. Le farmacie possono essere efficacemente proattive nell'ambito dei PDTA, con azioni di prevenzione primaria e secondaria nonché di monitoraggio permanente. In altre parole, bisogna che venga valorizzata l'assistenza di prossimità e che si gestisca l'ipotesi delle Case della Salute come centri intermedi tra ospedale e territorio, affidando le loro funzioni alla specialistica e la diagnostica senza penalizzare il rapporto fiduciario tra cittadino e il proprio MMG e la propria farmacia.

CONCLUSIONI

Il Covid-19 ha messo in luce tutti i limiti della sanità territoriale attualmente presente in Italia. In questi giorni il gruppo di lavoro dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) sta portando avanti un documento importante. I punti sono: migliore e maggiore assistenza domiciliare, realizzazione di strutture e di Case di comunità, riorganizzazione degli ospedali di comunità, sviluppo della telemedicina. Le Regioni avranno a disposizione per questi cambiamenti circa 10 miliardi del Recovery Plan previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il vero obiettivo però non deve essere tanto quello di costruire della case di comunità o degli ospedali di comunità, o delle reti di prossimità, ma un welfare comunitario, in cui tutti gli attori del sistema lavorano su nuove formule e modelli di cultura, di consapevolezza e di responsabilità.

IL PANEL CONDIVIDE

La riforma della sanità non può essere compiuta investendo unicamente in nuove strutture o nuovi contenitori ma anche sul capitale umano necessario per la presa in carico dei cittadini. Non esiste un modello “perfetto” di medicina territoriale in Europa, l’Italia nel suo processo di cambiamento deve attingere da tutte le best practices degli altri Paesi. Una riforma della sanità territoriale deve essere strutturata con una programmazione che abbia una visione del presente e del futuro delle necessità di salute della popolazione. Una riforma della sanità territoriale deve essere accompagnata da un cambiamento di modello che porti finalmente la medicina ospedaliera e territoriale a lavorare in maniera sinergica. La riforma della medicina del territorio deve tenere conto delle lezioni impartite dal Covid- 19: in primis la necessità di creare un sistema flessibile ed in grado di mutare in breve tempo per rispondere alle necessità di salute del paese.

ACTION POINT

- Ogni azione di riforma e cambiamento nel SSR deve essere accompagnata da un sistema di valutazione in modo che i decisori possano sempre sapere se siano state compiute scelte giuste o meno e possano avere riscontri su come e dove cambiare rotta se necessario.
- I medici di medicina generale devono essere messi in grado di poter applicare una medicina di iniziativa e non più di attesa.
- La programmazione degli investimenti futuri non può basarsi soltanto su un programma di taglio di spesa. Serve identificare fondi strutturali da investire nella salute dei cittadini.
- Le farmacie dei servizi possono giocare un ruolo fondamentale se integrate in maniera istituzionale e coordinata all’interno della sanità territoriale.
- Uno degli obiettivi del PNRR deve essere quello di ridurre le diseguaglianze di accesso e di cura presenti sul territorio nazionale.

SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Gianni Amunni, Direttore Generale ISPRO, Regione Toscana

Massimo Andreoni, Direttore Dipartimento di Medicina dei Sistemi Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Paolo Bandiera, Direttore Affari Generali AISM

Pier Luigi Bartoletti, Vice Segretario Vicario FIMMG

Cosimo Cicia, Vicepresidente FNOPI

Valdo Flori, Segretario FIMP Toscana

Marcello Grussu, Coordinamento Diabete Italia e Presidente Aniad

Manuela Lanzarin, Assessore alla Sanità e al Sociale, Regione del Veneto

Giovanni Leoni, Vicepresidente FNOMCeO

Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico

Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale Cittadinanzattiva

Francesco S. Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director- Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

Giovanni Petrosillo, Presidente Federfarma-Sunifar

Carlo Picco, Commissario ASL Città di Torino

Nicoletta Reale, Past President A.L.I.Ce. Italia ODV

Francesca Romanin, Direttore Comunicazione Motore Sanità

Valentina Solfrini, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

Giuseppe Turchetti, Professore di economia e gestione delle imprese, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Andrea Vianello, Presidente A.L.I.Ce. Italia ODV

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

