

7 MARZO 2022

**LA NUOVA GESTIONE DELLA MEDICINA
TERRITORIALE NEL POST-COVID**

TALK WEB





INTRODUZIONE DI SCENARIO

Già prima del Covid la sanità italiana aveva dei limiti. Per cui con il PNRR le istituzioni vogliono cambiare strada. Nessuno può più dubitare del sotto finanziamento del SSN, della carenza programmatica 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 ed efficace.

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.

Il COVID-19 ci ha insegnato però che tutto questo non basta e che bisogna procedere ad un rapido ammodernamento del sistema in tutti i suoi aspetti per utilizzare al meglio i finanziamenti per il PNRR.

Per procedere ad un ammodernamento efficace e sostenibile bisogna non continuare a pensare con le solite metodologie schiave di interessi, seppur legittimi, di parte, ma bensì ragionare al di fuori degli schemi, out of the box come dicono gli anglosassoni, per arrivare a proposte nuove, rivoluzionarie, fresche e che soprattutto vadano incontro agli interessi veri dei cittadini italiani.

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.



I Limiti Attuali Della Sanità

- Il ritardo accumulato nell'adeguare il SSN ad un mutato contesto demografico ed epidemiologico sia dei professionisti che dei cittadini.
 - L'Italia è un Paese che invecchia
 - "esplodono" le patologie croniche
 - si moltiplica la pressione sui servizi sociosanitari
- La mancata digitalizzazione della sanità
- La crescita progressiva delle diseguaglianze nell'accesso ai Livelli essenziali di assistenza
 - differenze regionali nella organizzazione sanitaria.

I Tagli Alla Sanità

- I tetti di spesa hanno ridotto le assunzioni del personale sanitario e il ricambio generazionale
- Gli ospedali hanno creato organizzazioni con processi sempre più rigidi e accentrati, allontanando i medici dalla loro vocazione relazionale e organizzativa
- Si è indebolita la forza ed il radicamento della sanità territoriale
- Assenza della medicina d'iniziativa e di politiche di Prevenzione della salute



GLI OBIETTIVI DEL PNRR

- prossimità, innovazione, uguaglianza
- interventi sulla rete territoriale da ammodernare tecnologicamente
- messa in sicurezza degli ospedali
- investimenti sulla formazione
- investimenti sulla ricerca
- trasferimento tecnologico

PNRR: COSA PREVEDERE PER LA MEDICINA TERRITORIALE

Impegno di lavoro per i MMG

L'impegno orario complessivo è di 38 ore settimanali così articolato:

- Da un minimo di 5 ore ad un massimo di 20 per attività di assistenza svolte presso gli studi dei MMG o della AFT in un rapporto fiduciario con i propri assistiti;
- 18 ore per attività promosse dal distretto, di cui almeno 6 nella casa della comunità, per progetti promossi dal distretto;
- I MMG non massimalisti, ovvero con un numero di assistiti inferiore ai 1.000, completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal distretto che si aggiungono alle 18 ore precedentemente richiamate.

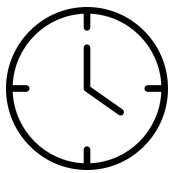
Apertura studi

Ciascun MMG assicura l'apertura dello studio 5 giorni a settimana nella fascia oraria 8:00-20:00, con due fasce mattutine e due pomeridiane. Lo studio deve essere aperto preferibilmente dal lunedì al venerdì ed obbligatoriamente il lunedì.



Il MMG per le visite ambulatoriali svolge, in rapporto al contesto epidemiologico, sino a 20 ore settimanali (per il medico massimalista) e deve garantire, comunque, una presenza non inferiore a:

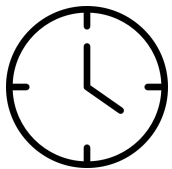
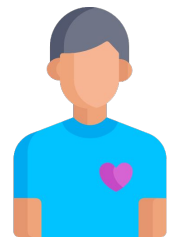
- 5 ore fino a 500 assistiti;
- 10 ore tra 500 e 1.000 assistiti;
- 15 ore tra 1.000 e 1.500 assistiti.



5 ORE



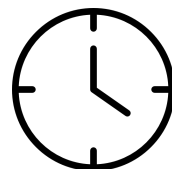
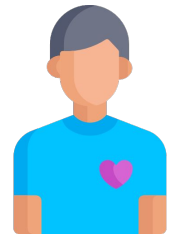
500 ASSISTITI



10 ORE



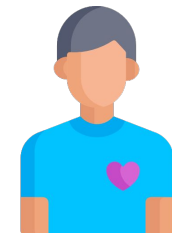
**500/1000
ASSISTITI**



15 ORE



**500/1000
ASSISTITI**





Le case delle comunità

- I MMG sono parte integrante e protagonisti delle attività della “casa della comunità”, in tutte le sue articolazioni, che rappresenta:
- Il luogo fisico del coordinamento e realizzazione della presa in carico delle persone a maggiore intensità assistenziale e della promozione della medicina d’iniziativa, partendo dai “bisogni di salute” definiti sulla base della “stratificazione” e dei “sistemi predittivi”.
- La “casa” che promuove e realizza i “progetti di salute” con particolare riferimento alla cronicità e alla fragilità sia in termini di assistenza, sia di prevenzione primaria e secondaria;
- l’HUB di riferimento del lavoro interdisciplinare tra:
 - i medici di medicina generale;
 - pediatri di libera scelta;
 - medici specialisti convenzionati;
 - le altre figure presenti come medici dipendenti, infermieri di comunità e di altri professionisti sanitari e dell’integrazione sociosanitaria.

Modello organizzativo

Tutte le attività dei MMG verranno svolte all’interno delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) al fine di:

- assumere come standard organizzativo di base, su tutto il territorio nazionale, il lavoro di gruppo tra i MMG;
- assicurare una interfaccia organizzativa alla casa della comunità più “larga e strutturata” del singolo MMG;
- collegare il 30% della nuova retribuzione alle attività svolte dalle AFT ed al raggiungimento degli obiettivi prefissati dai progetti.



Le AFT collegate alla casa della comunità di riferimento sono, di norma, 2. Si dotano di un coordinatore e possono assumere, comunicandola al Distretto, una delle forme giuridiche previste in materia dalla vigente legislazione per l'esercizio di attività professionali.

Rete Hub e Spoke

Gli studi dei MMG e le sedi di riferimento delle AFT, all'interno della nuova rete dei servizi territoriali, costituiranno gli SPOKE delle case di comunità HUB. La rete rappresentata dagli studi dei MMG costituisce un fondamentale presidio di prossimità, in particolar modo nei piccoli comuni, nelle aree interne e montane, nelle piccole isole e nelle periferie urbane. Il rapporto funzionale con l'HUB di riferimento assicura un lavoro coordinato ed il superamento di qualsiasi forma di separazione o sconnessione con il distretto.

Nelle aree interne e montane e piccole isole

In queste aree dove, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, la casa della comunità risulta particolarmente distante, lo studio del MMG deve essere ulteriormente rafforzato (strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina), al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali;

La Governance al Distretto

È il distretto, in una stabile relazione con i MMG e gli altri professionisti sanitari, ad assicurare la governance della "nuova rete territoriale" che realizziamo con i finanziamenti del PNRR, e dei fondi previsti dalla nuova legge di bilancio. Un forte potenziamento del distretto è indispensabile per rendere possibile un salto di qualità di questa fondamentale struttura del SSN.



A tal fine, con i fondi previsti nel PNRR, si procederà ad una specifica formazione (di altissima qualità) dei professionisti, medici dipendenti e medici convenzionati che dovranno svolgere la funzione di capo distretto e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte, dipendenti e convenzionati. I MMG lavorano, sulla base di un'agenda comune e condivisa, su base multidisciplinare e di gruppo, con le altre professioni sanitarie e gli operatori sociali, conformemente alla programmazione e ai modelli organizzativi definiti dal distretto, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali.

Collegamento in rete

L'infrastruttura informatica, definita dal distretto, rappresenta il presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi territoriali e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati. A tal fine è indispensabile procedere ad una più forte integrazione dei sistemi gestionali dei MMG con la rete regionale e nazionale.

Tirocinio e Remunerazione

Durante il triennio di formazione i giovani MMG svolgono una parte del loro tirocinio all'interno della casa della comunità. Questa attività è remunerata in forma aggiuntiva alla borsa di studio.

Il sistema di remunerazione è a quota capitaria ed è articolato:

- In una quota fissa del 70% che comprende le ore destinate alle attività ambulatoriali (massimo 20);
- Le 6 ore di attività svolte all'interno della casa della comunità.
- Per i medici non massimalisti, le ore "residue" necessarie al completamento del ciclo fiduciario (20 ore) per le attività promosse dal distretto.
- Ai medici non massimalisti, tenuti all'erogazione delle ore "residue", è comunque riconosciuta una quota equivalente a quella dei massimalisti;



Una variabile del 30% a completamento delle 38 ore (12 ore a settimana) per il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal distretto che comprende:

- Le ore di attività promosse dal distretto anche presso la casa della comunità (sulla base dei piani nazionali, regionali e distrettuali) per: progetti di salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca;
- La partecipazione tramite AFT ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati è condizione necessaria per accedere a questa quota della remunerazione.

IL PUNTO DI VISTA DEGLI MMG

La medicina generale sta chiedendo da trent'anni una riorganizzazione del modello. Il problema è che il modello introdotto dal PNRR è stato proposto rispetto alle strutture, non ai professionisti.

Andrebbero discussi in primo luogo funzioni, compiti, il come si potrebbe fare fare per aiutare la medicina generale con una migliore organizzazione. Se i COT (Centrale Operativa Territoriale), le cure di prossimità, gli specialisti, gli esami di primo livello fossero già stati organizzati all'interno di qualsivoglia struttura - come la Casa di Comunità - si sarebbe recuperato già da tempo il ritardo sulla gestione dei cronici.

MEDICINA GENERALE E INDICATORI DI RISULTATO

Vi sono chiare evidenze scientifiche che la Medicina Generale e le Cure Primarie migliorano la salute della popolazione, aiutano a prevenire le malattie e riducono la mortalità e, inoltre, si associano ad una distribuzione più equa della salute nella popolazione. L'epidemia in corso ha reso evidenti le carenze denunciate da tempo.



La scelta che indichiamo è la strada di 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 territoriale che sposti il focus dall'ospedale al territorio.

È la strada della sanità organizzata e proattiva, che deve essere 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 nel suo insieme, ove può avvalersi dell'ausilio di figure professionali (collaboratore di studio e infermiere adeguatamente formati), della telemedicina, ove ha la possibilità di effettuare 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; è in grado di assicurare la diffusione della prevenzione e l'erogazione delle cure di patologie croniche a un costo accettabile.

UNA NUOVA ASSISTENZA DOMICILIARE

Occorre ridisegnare un modello assistenziale sensibilmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato 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.

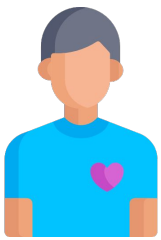


L'assistenza deve essere organizzata per i bisogni assistenziali.

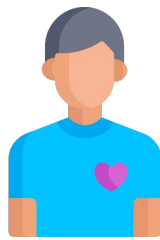
Stratificazione dei setting assistenziali:

- 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).

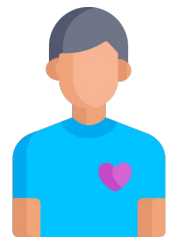
2,5 MLN



23,5 MLN



34,3 MLN





L'innovazione presente in tali modelli richiede:

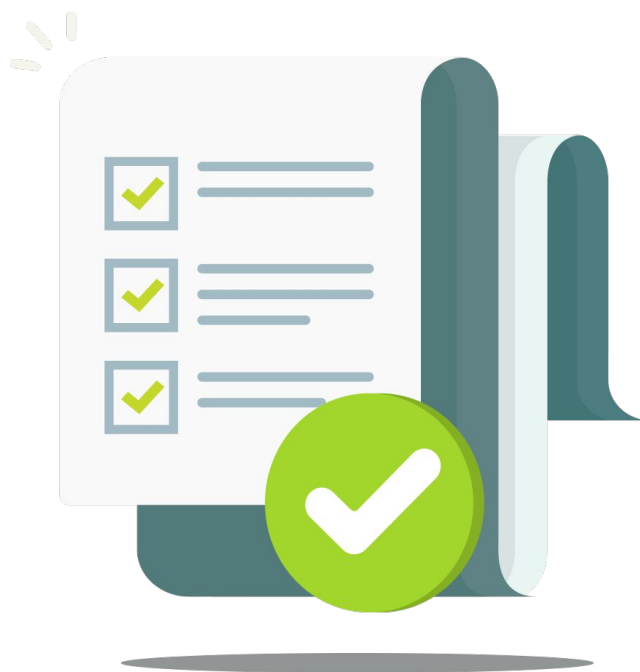
- La formazione dell'IFeC a livello accademico, in percorsi post-laurea.
- Il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali.
- L'IFeC non è infatti una diversificazione degli interventi ADI, ma svolge una funzione integrata e 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 e l'eHealth 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 PNRR potranno in parte sopperire a questa mancanza.

Questi nuovi fondi però rappresentano anche una grande opportunità di cambiamento per il SSN per sovvertire il suo 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.





ACTION POINTS

- E' necessaria una profonda riflessione sull'attuale modello della medicina generale. Se si vuole veramente cambiare la sanità del territorio, bisogna anche riorganizzare le mansioni degli MMG e fornire a questi professionisti gli strumenti e le condizioni per lavorare al meglio.
- 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.
- Bisogna prevedere modelli regionali per inserire in maniera permanente la telemedicina all'interno del SSR.
- I nuovi modelli di medicina basata sulle tecnologie come la telemedicina, teleconsulto, etc. richiedono nuove figure professionali che devono essere inserite all'interno della sanità.
- Per cambiare il sistema sanitario regionale e nazionale non si dovrà soltanto investire in nuove strutture edilizie, ma bisognerà anche investire e valorizzare il capitale umano.
- Le RSA e le altre strutture territoriali, che hanno sofferto moltissimo durante il Covid, 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 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.



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

Fabiola Bologna, Segretario XII Commissione Affari Sociali e Sanità Camera dei Deputati

Francesco Buono, Segreteria organizzativa FIMMG Roma

Monica Calamai, Direttore Generale AUSL Ferrara, Regione Emilia Romagna

Ignazio Grattagliano, Presidente SIMG Bari Puglia

Gerardo Medea, Responsabile nazionale della ricerca SIMG

Flavio Maria Roseto, Direttore Generale Asl Brindisi, Regione Puglia

Antonio Santangelo, Segretario Regionale FIMMG Basilicata

Matteo Stocco, Direttore Generale ASST S.Paolo e Carlo Milano, Regione Lombardia

MOTORE SANITÀ

