

Audizione informale sulla proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza

**Camera dei Deputati - Commissione Affari sociali
27 gennaio 2021**

Da tempo la Fimmg sottolinea la necessità di una evoluzione del sistema assistenziale territoriale, in termini di medicina di prossimità, già messo a dura prova, anche prima dell'emergenza sanitaria dell'ultimo anno, dall'aumento di richiesta di assistenza generata dall'invecchiamento della popolazione che trascina con sé cronicità, disabilità, non autosufficienza, terminalità che vanno a sommarsi alle attività quotidiane della gestione delle acuzie minori. Il tutto in un contesto di diminuita offerta ospedaliera di posti letto.

L'attuale pandemia ha reso palese la necessità di investimenti veri, strutturali e con scadenze programmatorie precise nelle cure primarie e nella medicina generale in particolare.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, in particolare quanto proposto al capitolo 6, rimane, a nostro avviso, ancora fermo su affermazioni di principio generiche e prive di una proposta incisiva che, a fronte della dichiarata volontà politica, affronti con decisione una svolta nella programmazione e nella destinazione chiara dei finanziamenti.

L'unico punto, apparentemente innovativo ma di fatto riedizione di modelli già attuati con scarsi o nulli effetti sull'assistenza, è quello delle "Case della comunità".

Anche su questa proposta si rimane tuttavia su generiche dichiarazioni, lontane dalla realtà quotidiana dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare. Si rimane ad esempio legati alla mera divisione numerica della popolazione senza tenere conto delle caratteristiche del territorio e della popolazione stessa che vi abita.

Non si prende in considerazione quale paziente e con quale modalità operativa il team multidisciplinare prenderà in carico e quale sarà la sua articolazione.

Le differenze territoriali, nel nostro Paese, non sono un aspetto trascurabile. Seguendo l'impostazione proposta di una "Casa di comunità" ogni 24.500 abitanti si verificherebbe una situazione come quella sotto illustrata:

	<u>superficie</u>	<u>popolazione</u>	<u>Popolazione per Km2</u>	<u>Casa della comunità</u>
Sardegna	24.090 Km2	1.640.000	68 abitanti	1 ogni 360 Km2
Veneto	18.345 Km2	4.906.000	270 abitanti	1 ogni 90 Km2
Basilicata	9.995 Km2	562.896	56,3 abitanti	1 ogni 435 Km2
Calabria	15.222 Km2	1.947.000	128 Abitanti	1 ogni 191 Km2



Tutto questo senza tenere in considerazione la conformazione oro geografica e la viabilità dei differenti territori, quindi le potenzialità d'accesso alla struttura.

Per questi motivi riteniamo sia necessario prendere in considerazione e investire su una unità operativa/erogativa di base, il Team di Assistenza primaria, che comprenda oltre al medico di medicina generale perlomeno un infermiere e un assistente di studio.

Il Team rappresenta l'unità elementare assistenziale a cui ogni studio di medicina generale dovrà tendere indipendentemente dalla complessità organizzativa e dalle caratteristiche del territorio in cui è inserito, al fine di garantire la capillarità della risposta assistenziale, l'accessibilità per la popolazione anziana e la domiciliarità per chi non è più in grado di recarsi presso lo studio medico.

Questa organizzazione va a costruire il mattone fondamentale su cui poi articolare organizzazioni più complesse.

La differente concentrazione di popolazione, rispetto alle aree geografiche e all'urbanizzazione delle stesse, necessita di pensare al medico di medicina generale e alla equipe che lavora con lui non più nei termini di popolazione afferente ma di popolazione afferente per chilometro quadrato che mantenga le condizioni di prossimità e fiduciarità, sviluppando efficacemente l'assistenza domiciliare. Queste condizioni devono essere mantenute per le popolazioni più disperse. E' noto che aree rurali e soprattutto montane e pedemontane sono abitate da anziani con mobilità autonoma problematica e pluripatologici e che 10 milioni di italiani, il 17% della popolazione, vive in paesi con meno di 5000 abitanti (che occupano più del 50% di tutta la superficie del territorio italiano).

Nella strutturazione dei Team di Assistenza primaria è da tenere in considerazione dunque non il rapporto capitaro (1 medico ogni x n° abitanti) ma il rapporto per Km quadrato. Infatti bisogna prevedere in programmazione, in base alla densità abitativa della popolazione assistibile, almeno tre modelli:

- a) Con sede unica: per territorio con densità abitativa alta (più di 100 ab/Km quadrato). Prevedono 10 ore (soggetto a modifica normativa) di apertura con copresenza oltre che del medico di personale infermieristico (in supporto alla attività di cura, preventiva e domiciliare del mmg) e di personale amministrativo che supporti operatori sanitari e pazienti nelle attività burocratiche (non solo agenda e compilazione liste farmaci).
- b) Con sede unica ed ambulatori periferici: per territorio con densità abitativa media (circa 50 ab/km quadrato). Prevedono orario d'apertura coordinato nelle 10 ore tra sede di riferimento ed ambulatori periferici. Presenza, presso la sede principale, di personale infermieristico ed amministrativo, con funzioni uguali a quelle del modello a), con l'utilizzo da parte di quest'ultimo delle tecnologie informatiche per la gestione anche degli ambulatori periferici.
- c) Esclusivamente con ambulatori locali: per territorio a bassa densità abitativa (meno di 50 ab/km quadrato). In questo caso integrando il più possibile l'orario d'apertura degli ambulatori locali il supporto alla attività del mmg sarà effettuata dal personale infermieristico attraverso presenze programmate negli studi locali e nel territorio di competenza per le attività di cura, prevenzione e domiciliarità. Per quanto riguarda l'attività amministrativa potrà essere svolta attraverso call center.

Per l'attività del mmg si ritengono opportune anche sperimentazioni di modalità di teleconsulto espandibili eventualmente anche alle forme organizzative a) e b).



In ogni caso nella organizzazione delle unità erogative di assistenza primaria deve essere tenuto conto anche del contesto urbanistico del territorio. Città ad altissima concentrazione abitativa, che insistono su un'area comunale vasta (Roma, Napoli, Milano ecc.), potrebbero necessitare comunque di una "organizzazione" diffusa mediante il mantenimento di studi anche singoli, benché integrati, dei medici di medicina generale.

Attuando il modello organizzativo sopra descritto, la "Casa della Comunità" acquisisce una reale efficacia nel ruolo di cerniera territoriale e coordinamento territoriale con il secondo livello specialistico ed ospedaliero.

Anche per quanto riguarda le soluzioni di connected care e gli strumenti di telemedicina, le proposte del Piano Nazionale restano vaghe e non vengono approfonditi i temi seppur fondamentali.

Per rendere efficaci le cure territoriali, i team sopra indicati e le loro articolazioni devono essere dotati di dispositivi tecnologici ed informatici.

E' irrinunciabile che la dotazione tecnologica degli studi dei medici di medicina generale si arricchisca di nuovi servizi e strumentazioni (spirometri, ecografi, elettrocardiografi, POCT per diagnosi di laboratorio, etc) che, oltre ad aumentare la risposta di intensità diagnostica e assistenziale dello studio di medicina generale in tema di prevenzione e presa in carico della cronicità, potrà accogliere/intercettare e gestire i pazienti che presentano una sintomatologia acuta prevenendo nella maggior parte dei casi gli accessi ai servizi distrettuali e ospedalieri di primo e secondo livello, nonché ai pronto soccorso, che potranno pertanto ridurre i rispettivi costi e tempi di attesa.

Gli effetti attesi da questa dotazione tecnologica saranno dunque il completamento del percorso diagnostico con la possibilità da remoto di consulti e confronti con il secondo livello. Se ne avrebbero effetti positivi importanti a domicilio dove si potrebbe attivare un efficace tele monitoraggio e sarebbe una modalità efficace di avvicinare servizio sanitario e domicilio senza contare gli effetti positivi sulla riduzione delle liste d'attesa e sugli accessi impropri al pronto soccorso.

A titolo illustrativo di seguito l'attività di sei forme associative complesse della medicina generale dotate di dispositivi diagnostici nelle provincie di Padova e Venezia.

Gli strumenti che sono stati forniti nella prima dotazione sono stati: ECG 3 derivazioni, ECG 12 derivazioni, ECG holter 3 derivazioni, Holter pressorio e un Dermatoscopio



Nella seconda dotazione consegnata a fine luglio 2020 è stato fornito un ecografo portatile con sonda Convex





Dispositivi	ECG 3 derivazioni	ECG 12 derivazioni	Holter ECG	Holter Pressorio	Dermatoscopio	Ecografo
						
Prestazioni eseguite	695	201	110	308	63	307
Richiesta di Refertazione in Telemedicina	0	40	64	0	24	0
Percentuale richieste refertazione/esami eseguiti	0%	20%	58%	0%	38%	0%

Tutto questo però non è possibile se non vengono attuate due condizioni:

- Un finanziamento certo, definito e mirato, sufficiente alla realizzazione del cambiamento con norme regolatorie di utilizzo uniformi in tutto il Paese.
- Evoluzione della premialità contrattuale che favorisca il professionista nella sua organizzazione e nei risultati d'assistenza espressi.

In queste condizioni la medicina generale sarà in grado di esprimere tutte le potenzialità assistenziali che possiede anche attraverso la presa in carico non solo della domiciliarità in senso stretto ma anche in quella che si esprime attraverso le RSA e gli Ospedali di Comunità.