

## **Indagine conoscitiva in materia di semplificazione dell'accesso dei cittadini ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.**

### **Commissione parlamentare per la semplificazione**

*Audizione della Federazione Italiana Medici Medicina Generale*

*Renzo Le Pera, Medico di Famiglia, ViceSegretario Nazionale della FIMMG*

Grazie Presidente, grazie a tutti i componenti della Commissione presenti, per l'attenzione che vorranno prestare.

Abbiamo predisposto questo testo come documentazione, speriamo esauriente e chiara, per la Commissione, che potrà farne l'utilizzo che riterrà opportuno per portare avanti questa importantissima indagine.

Alcuni temi, sia pure sotto un altro punto di vista, sono già stati illustrati nelle audizioni precedenti, per cui cercheremo di approfondire alcuni aspetti, forse i più critici, che possono interessare questa Commissione, per come sono vissuti dai Professionisti che operano nel front office rappresentato dalla Medicina Generale sul territorio.

#### **1. Premessa generale sul concetto di semplificazione dell'accesso dei Cittadini ai servizi erogati dal SSN ed in particolare su quelli erogati dalla Medicina di Famiglia e comunque Territoriale.**

In Italia esistono 7.982 comuni, di questi 5.488 comuni contano meno di 5.000 abitanti (il 69,43% del totale dei comuni), 745 con più di 15.000 abitanti e solo 106 comuni con più di 60.000 abitanti.

Per quanto possa essere sviluppata qualsiasi forma di teleassistenza e/o di telemedicina, la maggiore difficoltà di accesso al Servizio Sanitario Nazionale è rappresentata dalla distanza dell'utente dalle sedi di accesso al Servizio stesso; ciò è ancora più importante per i cittadini affetti da patologia croniche, che ne limitano ancora di più la mobilità. Da qui la necessità di utilizzare la presenza capillare sul territorio del Medico di Medicina Generale, affiancato da un team costituito almeno da infermieri e da personale di studio (micro team) e che abbia attrezzatura diagnostica di primo livello, anche portatile, che sfrutti i sistemi di collegamento informatico con le strutture specialistiche di riferimento, come da tempo sostiene la FIMMG. E' altresì evidente che, in un panorama territoriale come quello descritto, concentrare la presenza dei Medici di Famiglia in sedi centralizzate sia un modello che possa essere applicato solo in alcune aree urbane ad alta densità di popolazione e con offerta ospedaliera distante, risultando nella stragrande realtà oro geografica del paese un allontanamento del medico di famiglia dalle necessità sanitarie, sociali ed assistenziali dei cittadini di quei territori. Da qui anche la proposta di realizzare mini equipe territoriali (spoke) collegate funzionalmente con i centri erogatori di prestazioni specialistiche e di diagnostica avanzata (hub) siano essi Ospedali, presidi polispecialistici pubblici o accreditati (distretti, UCCP, Case della Salute ecc).

#### **2. Premessa su ICT e Medicina Generale**

È stata, a volte, sottolineata in alcune precedenti audizioni, di una presunta forma di resistenza allo sviluppo ed all'utilizzo dei sistemi informatici da parte dei Medici di Medicina Generale; resistenza



imputata a scarsa compliance verso l'innovazione. E' utile ricordare, in questa sede, che i Medici di Medicina Generale sono stati i primi e per moltissimo tempo gli unici nell'ambito del SSN ad informatizzare molte delle procedure professionali, dalla creazione del gestionale dello studio con conseguente creazione del diario clinico informatizzato e trasferibile, che è stato ed è strumento indispensabile per il lavoro in comune, fino alla stampa elettronica della ricetta, inizialmente in maniera volontaria, successivamente, sempre per primi nel panorama del SSN, chiedendone l'inserimento nel contratto di lavoro e introducendolo come standard senza richiedere particolari riconoscimenti economici. Non si può dire altrettanto, ad oggi, per altri settori e soggetti professionali, sia della dipendenza che della convenzionata interna ed esterna, e a molti altri soggetti della pubblica amministrazione.

### **3. Dematerializzazione della ricetta elettronica**

La ricetta elettronica, nonostante sia disciplinata dal decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministero della Salute, già dal 2 novembre 2011 viene descritta come uno strumento ormai di ampia diffusione per l'accesso alle prestazioni farmaceutiche e ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei cittadini.

#### **a. Dematerializzazione della prescrizione dei farmaci**

La diffusione della ricetta elettronica è giunta a un livello di copertura ormai significativamente elevato per l'ambito farmaceutico, assestandosi attorno all' 85/90 per cento; invece, inferiore risulta il livello di copertura per le prescrizioni ambulatoriali, come si evince dai rilevamenti effettuati per l'anno 2019.

Il deciso incremento delle possibilità di utilizzo è recentissimo ed è avvenuto a seguito delle necessità di limitare gli spostamenti dei cittadini nell'emergenza pandemica da Covid-19 (decisione rapida ed efficace, che ha dimostrato come le resistenze e i ritardi precedenti non erano dovute ad insormontabili difficoltà tecniche). Attualmente, infatti, sono "dematerializzabili" le prescrizioni di categorie di farmaci che fino al mese di marzo 2020 non lo erano: farmaci in distribuzione diretta e per conto, farmaci la cui prescrizione è sottoposta a Piano Terapeutico; non è comprensibile perché ancora non sia stato completato il processo, già avviato in alcune realtà regionali, che determini la possibilità del cittadino di attingere ai farmaci per lui prescritti dal medico direttamente presso la farmacia di sua scelta su tutto il territorio regionale o nazionale. Non lo sono invece ancora i farmaci cosiddetti "tabellati" (antalgici maggiori indispensabili nella terapia del dolore, barbiturici ecc nonostante siano dispensati in classe A) non lo sono presidi per invalidi, alimenti per celiaci e l'intera categoria di farmaci in classe C (non a carico del SSN) sia pure soggetti ad obbligo di dispensazione dietro presentazione di ricetta medica. Non se ne comprende il motivo, fermo restando che è molto più facile falsificare una ricetta cartacea piuttosto che una dematerializzata. Rimane il fatto che un cittadino, per una semplice ripetizione di prescrizione di un farmaco ad uso continuativo, debba continuare ad accedere di persona allo studio del suo Medico di Famiglia.

#### **b. Dematerializzazione della prescrizione di accertamenti diagnostici**

Se la diffusione della dematerializzazione della prescrizione dei farmaci, con le limitazioni sopra descritte, sta lentamente progredendo altrettanto non si può dire per quello che riguarda la prescrizione di esami di laboratorio, indagini strumentali, visite specialistiche.

I meccanismi di esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, diversi da regione a regione, e spesso diversificati anche all'interno delle stesse regioni, nonché il mancato allineamento con la



anagrafe nazionale, appaiono ostacoli insormontabili. Quello che in realtà rende di fatto inapplicabile la dematerializzazione effettiva delle prescrizioni di diagnostica e specialistica che permetterebbe di abbandonare l'obbligo, da parte del cittadino, della presentazione del promemoria e della possibilità di attingerla direttamente presso la struttura da lui scelta, è la presenza di "Nomenclatori" diversi non solo tra le regioni, ma anche tra Aziende Sanitarie limitrofe, e, a volte, anche tra i diversi Presidi sanitari della stessa Azienda: la conclusione è che nella vita reale non si assiste ad una effettiva dematerializzazione della prescrizione ma semplicemente ad una "decolorazione" della vecchia ricetta rossa se non addirittura alla sua riesumazione.

#### **4. CUP (Centro Unificato Prenotazione)**

Non c'è dubbio che la realizzazione, ove presenti, dei CUP abbia comportato un notevole vantaggio sia per i cittadini che per la pubblica amministrazione. Da una parte si è assistito alla netta riduzione del pellegrinaggio dell'assistito per poter prenotare una prestazione sanitaria prescritta dal proprio Medico, dall'altra si è amplificata la possibilità di programmazione e rendicontazione dell'amministratore. Rimangono però, e spesso si amplificano, difficoltà strutturali e diversità locali che ne limitano fortemente l'efficacia. Oltre a quelle già segnalate per la dematerializzazione (esenzioni non allineate, Nomenclatore non univoco, Prestazioni specialistiche locali extra-nomenclatore), sono altamente critiche le interpretazioni soggettive del personale addetto al CUP che molto spesso è proveniente da società appaltatrici con offerta al massimo ribasso e non adeguatamente formato per gestire un processo come quello delle prioritizzazioni che di fatto è la conclusione del percorso di ipotesi diagnostica del medico e ne è parte essenziale. Le logiche con cui è, di fatto, in tutto il paese gestito il CUP è quella di dare la prestazione richiesta dal medico non rispettandone la necessità clinica (priorità) ma al fine del raggiungimento degli obiettivi da parte dei direttori generali. Da ciò ne discende la richiesta al cittadino di esigere dal medico modifiche del codice di priorità adattato alla logica sopra descritta se non addirittura il rifiuto che nella realtà ha trasformato in un percorso ad ostacoli per il paziente l'ottenere la prestazione necessaria.

Per migliorare l'efficienza degli attuali CP, senza U, è indispensabile la loro trasformazione in veri CUP, dove alla parola Unificato corrisponda, però, a uniformità di normativa e procedure valida su tutto il territorio nazionale.

#### **5. Fascicolo Sanitario Elettronica (FSE) e "Patient Summary" (PS)**

Anche questi due argomenti sono stati oggetto di ampia discussione nelle audizioni precedenti, talora confondendoli uno per l'altro. Il FSE è indubbiamente uno strumento di archiviazione dei dati per indice cronologico utilissimo ai fini statistici e di programmazione sanitaria, meno ai fini assistenziali, specialmente in situazioni di urgenza o emergenza, per la effettiva difficoltà e lentezza di consultazione. Presenta carenze strutturali, come già segnalato da altri soggetti auditi, per il clamoroso ritardo nella costruzione della rete di infrastrutture finalizzata alla integrazione informatica di tutti i presidi socio sanitari nelle regioni e tra le regioni, e non raccoglie l'intera storia clinica del cittadino: non vi confluiscono, sempre ove esista, che pochissime prestazioni effettuate nelle strutture pubbliche e spesso non consultabili, nessuna prestazione effettuata nel privato, gran parte di quelle effettuate presso i centri convenzionati, qualcosa anche di quanto presente negli archivi sanitari pubblici (parte delle lettere di dimissioni, nessuna cartella clinica e nemmeno gran parte degli accertamenti eseguiti in corso di ricovero, nessun referto di accertamenti effettuati in libera professione intra-moenia).



Delle difficoltà e farraginosità delle procedure di attivazione si è già parlato; e anche qui l'emergenza Covid-19 ha improvvisamente accelerato dette procedure: in alcune regioni è possibile solo adesso attivarlo online senza bisogno della presenza fisica presso un operatore.

Da notare che, una volta istituito, il FSE si autoalimenta con i referti e le prescrizioni effettuate su quel singolo cittadino.

Diverso è il caso del Profilo Sanitario Sintetico o Patient Summary: dove “sintetico” dovrebbe appunto sottolineare uno strumento agile, di rapida consultazione, trasportabile. Sono stati creati molti modelli, con items ridondanti e poco sintetici ed altri molto più facilmente consultabili. È uno strumento da prendere in considerazione con spirito costruttivo quanto realista: non è uno strumento statico e nemmeno autoalimentantesi. Necessita, infatti, di continue ed aggiornate modifiche, impossibili da effettuare in maniera automatica, in base alla evoluzione della storia clinica del singolo paziente. Pena l'inefficacia e, soprattutto, la pericolosità se usato da operatore sanitario diverso da chi lo ha creato. L'implementazione, quindi, necessita di una concertazione con le rappresentanze di chi debba crearlo, nella quale evidenziare e risolvere questi aspetti, anche sotto il punto di vista dell'impegno professionale. Per questi ed altri motivi riteniamo necessaria al più presto la revisione, in senso semplificativo, del modello proposto dalle indicazioni ministeriali; appare inoltre discutibile non aver approfittato, facendo proprio una azione di “semplificazione”, dell'investimento sulla diffusione dell'App IMMUNI, utilizzando questo momento come adesione oltre che alla necessaria esigenza della tracciabilità anche alla autorizzazione alla condivisione dei dati per il FSE.

## 6. Farmaci erogabili in presenza di Piano Terapeutico

Per determinate categorie di farmaci, in passato definiti “innovativi” ed ora prossimi alla scadenza del brevetto, è ancora necessaria sia la prescrizione specialistica a mezzo piano terapeutico, che il rinnovo periodico dello stesso. Per principi sia di sicurezza prescrittiva a garanzia del paziente, che per motivi economici, ma soprattutto per evitare periodici pendolarismi del paziente stesso, riteniamo ormai indifferibili che alcune aree di terapia tornino nelle disponibilità di utilizzo dei medici di medicina generale attraverso l'eliminazione dei piani terapeutici soprattutto per alcune categorie di farmaci (in primis quelle per il trattamento delle patologie croniche di maggiore prevalenza nella popolazione come la terapia del diabete e anticoagulanti orali NaO). Limitare la possibilità prescrittiva del medico di medicina generale, identificato come l'attore primario della presa in carico del paziente affetto da cronicità, e la sua possibilità di intervenire sui piani terapeutici, diventa condizionante per il potenziamento delle cure primarie che invece l'attuale quadro epidemiologico impone, incidendo peraltro in modo fortemente negativo nel rapporto fiduciario con il paziente, su cui l'alleanza terapeutica si basa, limitando e ritardando peraltro le possibilità di cura per i cittadini. L'auspicio è inoltre che il superamento dei piani terapeutici non venga di fatto sterilizzato attraverso l'introduzione di procedure burocratiche che hanno come esclusivo fine il mantenimento della esclusività prescrittiva in capo a sistemi specialistici restii a rinunciare al loro primato ed ai vantaggi da questo derivanti. Infine non considerare che lo sviluppo della telemedicina e della diagnostica prossimale nello studio del medico di famiglia possa meglio e con maggiore semplicità determinare il contatto e il coordinamento assistenziale con la specialistica di secondo livello, garantendo al paziente una maggiore intensità assistenziale che si completi attraverso l'evoluzione del rapporto tele-medico tra paziente e specialista (che ricordiamo non sostituisce da codice deontologico la visita medica) ad un rapporto paziente-medico di famiglia-medico specialista garantendo sempre una presenza fisica di un medico prossimale completata per competenza specifica dalla presenza del medico di secondo livello (situazione che renderebbe in questo caso valore di visita medica anche sul piano deontologico).



## 7. Campagne Vaccinali

Importanti da sempre, le campagne vaccinali assumono ora una valenza che può risultare decisiva per la strategia sul miglioramento delle coperture vaccinali, efficace in vista del prossimo autunno, quando alla pandemia si aggiungerà l'epidemia influenzale e non solo, ovvero anche le forme batteriche respiratorie per esempio, non trascurando quelle pneumococciche.

Un processo che va migliorato, rispetto per esempio ai meccanismi di distribuzione, conservazione, prossimità e disponibilità del vaccino, alla sede di somministrazione, così come alla possibilità di domiciliare l'intervento vaccinale dei più fragili, prerogativa della medicina di famiglia. Tutti questi passaggi influenzano i tempi di realizzazione della pratica vaccinale. Le attuali procedure portano infatti ad una distorsione del sistema, per la quale le dosi vaccinali vengono consegnate ai medici di famiglia non prima di fine ottobre, inizi di novembre, riducendo i giorni utili per la somministrazione a non più di 30 - 40 se si escludono le festività. Mentre, anche e soprattutto per evitare sovraffollamenti negli studi medici, i giorni a disposizione dovranno essere necessariamente di più, e probabilmente sarà necessario chiedere ai Medici stessi una ulteriore dilatazione dei tempi di lavoro. Opportuno sarebbe, inoltre, che la distribuzione delle dosi vaccinali richieste dal medico di famiglia potessero essere distribuite dalle aziende sanitarie direttamente presso lo studio professionale del medico di medicina generale minimizzando tutti i rischi riguardo il trasporto e la conservazione. Infine, i medici devono poter trasmettere e ricevere i dati con cooperazione applicativa e sincronizzazione dei dati tra il proprio gestionale e l'anagrafe vaccinale della propria Azienda Sanitaria.

## 8. Telediagnosi, teleassistenza, tele consulenza

I medici di medicina generale hanno bisogno di una medicina del territorio che possa contare su strumentazioni e dispositivi di diagnostica di primo livello all'avanguardia, che possano essere utilizzati sia in studio che a domicilio dei pazienti nell'acuzie, nella fragilità e nella cronicità, per un monitoraggio costante con la possibilità di connessione in tempo reale o in remoto con specialisti e strutture di secondo livello per ottenere rispettivamente videoconsulto o teleconsulenza.

È necessario un sistema integrato anche con i modelli organizzativi che stanno partendo in alcune regioni come la Campania; si pensi alle AFT che dovranno essere dotate di centri servizi organizzati dalla stessa medicina generale. È determinante che queste attività creino, sempre, cooperazione applicativa tra le piattaforme informatiche delle Asl e quelle delle quali si sono già dotati i medici di famiglia, sulla base dell'art 38 del Decreto Liquidità. Indispensabili per questo progetto i 235 milioni di euro stanziati nella manovra di Bilancio 2020 per dotare i medici di famiglia e pediatri di libera scelta dei migliori strumenti diagnostici e software per la gestione integrata dei pazienti, utili a portare vicino ai cittadini e in una disponibilità semplificata sulla base della scelta fiduciaria del proprio medico, prestazioni che oggi si erogano attraverso complessi burocratici di prescrizioni, prenotazioni, prioritarizzazioni, pagamento ticket che complicano solo la vita ai cittadini di questo Paese determinando spesso un abbandono delle cure o un ritardo delle stesse.

8 giugno 2020