Audizione informale al Senato della CARD, nell'ambito dell'affare assegnato in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (Atto n. 569), del 1 luglio 2021.

Questo il testo della relazione introduttiva del Presidente della CARD, dott. Gennaro Volpe .

IllustrissimaPresidente, gentili Signore Senatrici, Signori Senatori

Desidero innanzitutto esprimere un sincero ringraziamento per l'invito a nome di tutti i Soci della CARD, che è l'Associazione Scientifica delle attività territoriali. Riunisce un migliaio di professionisti di tutte le discipline che lavorano nei Distretti o Servizi territoriali di tutte le Regioni italiane. Ne sottolineo il valore culturale multiprofessionale e multidisciplinare, nonché multiterritoriale. Trovare ascolto oggi qui, al più alto livello istituzionale, premia vent'anni di attività. E' un grande onore e piacere.

Nella mia esposizione allargherò la visione della "medicina territoriale" alla più ampia visione dell'assistenza territoriale, in quest'epoca tornata alla ribalta per tutte le sue componenti, di cui la parte medica non rappresenta l'unico tassello. E quando mi riferisco alla parte medica, voglio includervi l'apportodato dagli infermieri, dai terapisti e da tutte le altre figure sanitarie. Se il Vostro ed il nostro scopoè capire come migliorare le condizioni di salute della popolazione, mi permetto ricordare il fondamentale concetto dei c.d.determinanti sociali della salute, presenti ogni giorno nella vita di tutti e nel lavoro distrettuale: reddito, lavoro, casa, istruzione e cultura, ambiente, trasporti, sport. La recente epidemia ha ben reso bene evidente la rilevanza di questi fattori, non strettamente medici o sanitari, nel condizionare il benessere delle persone. Vorrei ricordare, innanzitutto, che i 5 milioni di soggetti in povertà assoluta sono coloro che maggiormente rischiano gravi perdite di salute su cui, senza un rimedio per la povertà, poco potranno le salvaguardie mediche. Pertanto, desidero ricordare che ogni scelta politica a favore di questi determinanti inciderà sulla salute ben più che decisioni di ambito sanitario.

Entrando nel vivo della relazione, la prima riflessioneche propongo è che l'esistenza dei Distretti va innanzitutto correlata ai LEA distrettuali, che rappresentano le garanzie di diritti alla salute per i cittadini e, specularmente, i doveri per le Istituzioni Sanitarie nell'erogare le prestazioni LEA. Non ci possono essere LEA distrettuali senza i Distretti. La funzione di garanzia del Distretto, la riqualificazione e potenziamento della medicina territoriale si avverano con l'attenzione prioritaria ai soggetti deboli, fragili, più vulnerabili, valore proprio della sanità pubblica. In sintesi, la priorità dei Distretti è per la fragilità, la cronicità, la longevità. Un secondo punto fondamentale è che dobbiamo porre in equilibrio gli interventi dedicati ai singoli individui, portatori di specifici bisogni, ed alla comunità in cui vivono, che può costituire risorsa di cura. Siamo nell'ambito dellapersonale dellacommunity care trattata nella letteratura scientifica.

I Distretti, dove sono ben funzionanti in queste direzioni, rispondonoaquesti scopi e dimostrano la validità del loro ruolo.Ma va però constatato che mai hanno avuto le risorse che avrebbero dovuto avere.

Il potenziamento e la riqualificazione della medicina dei territori richiede interventi plurali rispetto alle professioni ingaggiate, quindi consforzo corale di medici, infermieri, psicologi, terapisti, ostetriche, assistenti sociali; gli interventi sono plurali rispetto ai luoghi di cura, non più solamente ambulatori ed ospedali, ma soprattutto fortemente presenti a casa delle persone e nelle residenze, ovvero nei luoghi di vita prevalenti. Ancora, sono plurali rispetto ai territori, così diversi quando si pensi ai contesti metropolitani, urbani, rurali e montani, dispersi (le isole, ad esempio). L'approccio corretto è riassumibile nella dizione: "le nuove assistenze nei diversi territori". Pensate a quali diversità sono presenti nei territori e negli abitanti degli 8.000 Comuni del nostro Paese. Dobbiamo imparare a riconoscere, rispettare queste

specificità e potenziare-riqualificare le assistenze territoriali (al plurale !) con modelli di interventi globali, che noi consideriamo specificità del Distretto. Il Distretto è la struttura organizzativa che meglio può includere, coordinare, sovraintendere a tutte le attività territoriali, armonizzarle per la costruzione della salute nei diversi territori, costituendo il punto più prossimo di accesso a servizi di prossimità e di valutazione dei bisogni.

Oggi i Distretti, la cui esistenza nel Servizio Sanitario Nazionale è sancita da apposite Leggi (L 833/78; DL 229/99), si presentano attuati in modo molto difforme nel Paese, con una tale varietà di interpretazioni da renderli difficilmente riconoscibili da tutti i cittadini di tutte le Regioni. Da qui, una prima raccomandazione di CARD: occorre trovare il modo, in sede legislativa e di Accordo Stato-Regioni, di rendere i Distretti obbligatoriamente uniformi per funzioni uniformi, che in CARD riteniamo debbano essere: a) di produzione diretta di servizi, dunque con fattori produttivi assegnati al Distretto; b) di committenza, ovvero di delega di produzione a soggetti esterni, anche privati, accreditati e valutati su precisi indicatori di garanzia di qualità e spesa; c) di governo, ovvero di regia e coordinamento di tutti gli attori di cura del territorio di pertinenza, in primis dei medici di medicina generale e degli altri convenzionati, per portarli all'interno di un'organizzazione coesa verso obiettivi condivisi; d) di programmazione dell'offerta rispetto ai bisogni specifici locali.

Molti pensano che l'evoluzione della medicina territoriale sia legata ai medici di famiglia. Questi sono oggi circa 45.000, e rappresentano certamente una fondamentale risorsa per il Paese, per i territori. Molto è stato fatto,ma molto resta ancora da fare per la loro transizione da un lavoro storicamente simil-libero-professionale, autoreferenziale (anche nella formazione, oggi inaccettabile), verso nuove modalità di lavoronelle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), di team multiprofessionale, di medicina di iniziativa. Troviamo sterile il dibattito di queste settimane attorno al loro passaggio a dipendenza, assolutamente inattuabile. CARD ritiene che molto prima e molto meglio si possano raggiungere i risultati che tutti si attendono intervenendo sugli accordi nazionali, in cui la parte pubblica è sempre stata al traino di rivendicazioni sindacali proteggenti i medici ma molto meno gli utenti. Occorre cambiare di conseguenza lì e nei collegati accordi regionali ed aziendali, per comporre un quadro che davvero consenta la riqualificazione dell'assistenza primaria, in cui - ribadiamo – pari cambiamento deve riguardare i pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale egli specialisti convenzionati. Per rendere chiaro il problema, si pensi alla lunga, ed in parte irrisolta, questione della vaccinazioni COVID da far effettuare ai medici di medicina generale ed alla necessità di costituire le USCA, soluzioni attuate con difficoltà proprio per i vincoli impedenti il cambiamento dei vigenti accordi convenzionali. Per inciso, CARD è molto favorevole alle USCA, che secondo noi andranno valorizzate ed estese, grazie alla benefica presenza di medici giovani, motivati.

Attualmente dobbiamo aver chiaro che i problemi dominanti cui i servizi devono dare risposte attengono non più alle situazioni acute, ma quelle complesse di lungo termine, catalogate, con orribile termine, come "croniche". A bisogno complesso si deve dare risposta complessa; semplificare significa omettere, ridurre. Questo patiscono oggi milioni di persone. Queste risposte non possono provenire dall'ospedale, ma appunto dall'assistenza, anzi dalle assistenze territoriali, dalle cure domiciliari, oltre che ambulatoriali, da cure residenziali di nuova concezione. I Distretti esistono e devono diffondersi per questo. In due equazioni, si potrebbe affermare: distretto=cronicità; ospedale=acuzie.

Le risposte complesse richiedono sempre di essere ad alta integrazione verticale ed orizzontale.Per integrazione verticale si intende la congiunzione tra medicina generale e specialistica, quindi la tanto auspicata forte collaborazione tra medici generalisti e specialisti, presupposto della continuità di cura, oggi giustamente richiesta dai malati. A proposito degli specialisti, devo qui dare citazione di una dimenticanza molto grave nel dibattito pubblico, anche tra gli addetti ai lavori. Mi riferisco alla crescente presenza di persone con disagio mentale. Il tema della salute mentale deve entrare a far parte della medicina

territoriale avanzata. Un dato per tutti post COVID: l'enorme aumento del consumo di psicofarmaci e di persone, soprattutto giovani, in cui la diagnosi di "disturbo depressivo reattivo" non va per nulla sottovalutato. Valga per tutti noi, dico noi, ricordare quanto afferma l'OMS "non esiste salute per tutti senza salute mentale".

Per integrazione orizzontale intendiamo la presenza congiunta di risposte di parte medico-sanitaria e socioassistenziale. Mi scuso per la semplificazione brutale, ma l'esempio tipico è la persona con grave scompenso cardiaco che necessita, oltre che di puntuali rimedi cardiologici, di una abitazione ed alimentazione adeguata, di disponibilità a casa dei farmaci e dell'insieme di fattori della vita quotidiana (torniamo ai c.d. determinanti sociali della salute), in assenza dei quali anche le migliori prestazioni mediche sarebbero ben poco efficaci per la qualità ed anche la durata della vita.

Dunque se l'integrazione entra a far parte dei requisiti fondamentali di una medicina territoriale riqualificata e potenziata, ci dobbiamo chiedere chi potrà realizzarla. E di nuovo, a noi sembra che sia acclarato il fatto che integrazione e Distretto rappresentano un binomio inscindibile. Considerate che l'integrazione è uno strumento che va coltivato e perfezionato, non un obiettivo da raggiungere una tantum. Per questo, l'organizzazione distrettuale è l'unica che può svolgere questa funzione, data la sua natura pubblica e multidisciplinare. Ricordiamo che nel Distretto ha sede l'unità di Valutazione Distrettuale, obbligatoria per l'accesso alle prestazioni sociosanitarie. Ci piace ricordare che nel PNRR è ben visibile il forte raccordo che ci sarà tra Missione 5 e 6 del PNRR, ovvero tra Ministero delle Politiche Sociali e della Salute.

Esamineremo ora brevemente come la medicina territoriale avrà occasione di qualificarsi e potenziarsi grazie ai servizi inclusi nella Missione 6 del PNRR: le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, le cure domiciliari, gli Ospedali di Comunità.

Esigenze di tempo consentono solamente brevi osservazioni per ciascuno di questi elementi.

LE CASE DELLA COMUNITA'. Scienza ed esperienza indicano che devono essere luoghi di cura in cui brilla il lavoro in team, multiprofessionale e multidisciplinare, la medicina pro-attiva, innovativa anche nell'uso di strumenti informatici – ICT e di telemedicina, così da evitare il ritorno degli obsoleti poliambulatori mutualistici. Questo rischio è consistente, ad esempio, data la molteplicità di contratti di lavoro dei professionisti, quelli convenzionati (riottosi, come detto prima, ad entrare il logiche di lavoro organizzato) o quelli dipendenti (spesso poco propensi a visioni imprenditoriali, qui necessarie). Questa è una forte raccomandazione di CARD: le Case della Comunità devono essere inserite nell'ambito del governo distrettuale, collocate sotto la direzione del Distretto, mai esposte alla possibilità di divenire monadi isolate, autoreferenziali. Solo così possonodiventare punti credibili e baricentri visibili delle nuove reti di servizi territoriali, fortemente interconnesse grazie alla regia del Distretto, che quindi deve ricevere dalla Regione e dalla ASL mandati in tal senso e risorse coerenti. Se saranno ancorate il Distretto, si eviteranno illogiche duplicazioni rispetto a Presidi Ospedalieri (con Pronto Soccorso) immediatamente vicini. E' un errore pretendere che diventino"Mini Pronti Soccorsi". Il loro obiettivo non deve essere tanto la risposta all'acuzie (di qualche valore solamente se molto distanti dall'ospedale e dalPronto Soccorso attivo h24), ma la presa in carico proattiva, di prossimità, di continuità a favore delle centinaia di migliaia di cittadini con malattie croniche, tutte curabili ancorché non guaribili. Ancora, svolgono funzione di prevenzione, sia verso la promozione di stili di vita corretti, sia verso gli screening oncologici. Si completa così il ciclo prevenzione-diagnosi-terapia-assistenza.

Nelle Case della Comunitàdovranno quindi operare professionisti eccellenti, non gli elementi – si perdoni la franchezza- allontanati dall'ospedale per dimostrata ridotta capacità ed affidabilità.

Ma soffermiamoci sulle CURE DOMICILIARI, la vera novità del PNRR, che prevede il raddoppio del numero di assistiti a casa. CARD si compiace di questo obiettivo. Enfatizziamo da vent'anni il valore della home care,

termine inglese che qui usiamo per condensare la presenza di cure medico-sanitarie globali associate, come necessario, agli interventi di supporto sociale. Cure globali, coordinate, continuative. E chi, se non il Distretto, potrà realizzarle, come già oggi avviene in decine di territori con l'assistenza domiciliare distrettuale ?

Rendiamoci conto che se l'obiettivo è di avere presenti nelle Case della Comunità 12 hr/die i medici di famiglia, il cui numero nel volgere di pochi anni si ridurrà da 45.000 a 36.000, come si concilierà questo con il raddoppio degli assistiti a domicilio ? Le USCA potrebbero essere uno strumento aggiuntivo, così come gli infermieri di famiglia. Giuste prospettive, ma occorre prestare massima attenzione per non creare di nuovo soluzioni a silos: interventi compartimentati, monoprofessionali isolati, magari purtroppo in competizione. Il futuro sta nel team. Una home care innovativa deve possedere quattro requisiti: avere personale adeguato; essere integrata; funzionare 24 ore al giorno, tutti i giorni; essere dotata di risorse di telemedicina e strumenti di ICT. Queste cure domiciliari devono crescere nella visione della proattività e della medicina di iniziativa, della presa in carico intelligente. Forti cure domiciliari possono evitare molti più ricoveri di quanto si creda. Ogni ricovero evitato significa migliore qualità di vita per il malato.

La previsione del raddoppio del numero di assistiti del PNRR non si accompagna al chiarimento di chi si farà carico del correlato aumento di prestazioni. CARD raccomanda che il baricentro della produzione sia pubblico, nel Distretto, con possibili, eventuali integrazioni di provider esterni, ben regolati da precisi meccanismi di accreditamento e committenza distrettuale, in base alle caratteristiche dei singolo territori. Sarebbe un grave errore strategico e tattico, compromettente i risultati di salute, immaginare di affidare ad erogatori privati staccati dalla rete il potenziamento della home care, anche perché difficilmente essa potrebbe essere realmente multidisciplinare ed in continuità con il setting ospedaliero, ambulatoriale e residenziale, tutte tappe possibili nel lungo iter di cura della persona che entra in home care per problemi di malattie di lungo termine. L'obiettivo non è aumentare le prestazioni, magari semplici per dimostrare grandi volumi di attività, ma aumentare il numero di soggetti con problemi complessi, realmente presi in carico con modalità multidisciplinari.

Ancora, l'inserimento di tecnologie, di dispositivi telematici, di strumenti di ICT utili per la home care parimenti richiede un coordinamento del Distretto, dato che sono note le barriere perla loro implementazione e diffusione. Ribadiamo: una telemedicina a riferimento distrettuale, non ospedaliero.

Rispetto a questi temi ci viene in soccorso un'altra grande previsione del PNRR, da CARD anticipata ancora oltre 10 anni fa quando proponeva il numero unico dei distretti 124, accanto alla porta unica di accesso (PUA).

La Centrale Operativa territoriale (COT). Il Piano ne prevede circa 600, una ogni 100.000 abitanti. CARD propone invece di darne un riferimento distrettuale, tenuto conto che oggi sono circa 600 i distretti in Italia, nelle circa 120 Aziende Sanitarie. Dunque la COT deve essere uno strumento di ciascun Distretto; avrà senso se costituirà lo snodo operativo di coordinamento e di porta di accesso ai servizi essenziali distrettuali. Potrà, coordinare i team di home care, la medicina di iniziativa, regolare l'accesso degli utenti, censire domanda e bisogni per proporzionare l'offerta. Ancora, alla COT distrettuale, e non all'ospedale, devono indirizzarsi le rilevazioni dei parametri vitali ed ambientali raccolti con i dispositivi di telemedicina, per inserirli nelle cartelle elettroniche personalizzate dei pazienti presi in carico e creare massima continuità. Infine, la COT appresenta l'evoluzione della PUA, per rendere concreta la funzione di garanzia di accesso facile ed amichevole ai servizi, di valutazione personalizzata dei bisogni ed avvio dei piani di cura personalizzati. La COT sarà quindi regista delle agende per le rivalutazioni periodiche ed il monitoraggio degli esiti dei PAI svolti in sede di UVD.

Mi avvio alla conclusione, dedicando per esigenze di tempo solo poche osservazioni sull'Ospedale di Comunità e sull'assistenza residenziale.

Si faccia attenzione a non farlo divenire un "Ospedale bonsai", in grado forse di soddisfare qualche campanilismo ma non le esigenze di salute. Dovrà essere unospedale della continuità, per pazienti in cui sono temporaneamente impraticabili cure domiciliari di elevata intensità assistenziale, per pazienti dimessi dall'ospedale necessitanti di una "convalescenza protetta" e riattivazione, sempre cercando il vantaggio della vicina presenza dei familiari (luoghi di cura di prossimità ma non di duplicazioni ospedaliere old-style).

Resta tempo per fare solamente alcune puntualizzazioni sull'assistenza residenziale. La pandemia ha purtroppo messo in tragica evidenza i limiti attuali delle c.d. "case di riposo per anziani", ed anche per i disabili. L'analisi dei LEA del settore residenziale mostra una enorme difformità di offerta nelle Regioni. Va colmata,sperabilmente grazie alla riforma per la nonautosufficienza e per la disabilità della Missione 5, alla cui stesura CARD intende partecipare, apportando il contributo di ampie esperienze dei Distretti in tema di pratiche de-istituzionalizzanti e rispettose della libertà e dignità delle persone fragili.

Concludo dicendo che se la domanda iniziale era come potenziare e riqualificare la medicina territoriale, CARD risponde convintamente che

1. Il potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale richiede innanzitutto un cambio culturale, ovvero il recepimento concreto dei contenuti della Primay Health Care, da anni proposta dall'OMS come prima occasione per costruire sistemi di salute pubblici, quindi equi, validi, efficaci e sostenibili. I Distretti sono gli interpreti ufficiali della Primary Health Care.
2. Occorre che in ogni territorio ci siaun'organizzazione di sanità pubblica, il Distretto, in cui sirealizza la nuova medicina territorialepubblica, con il Distretto che sovraintende a tutti gli interventi in campo. La sua funzione prevalente è di garanzia, in coerenza con i contenuti dei LEA distrettuali, le esigenze di continuità e di coordinamento tra gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.
3. Sono gli operatori la prima risorsa per il territorio. Occorre multiprofessionalità. Servono medici di medicina generale con nuova formazione, attivi in team multiprofessionali-disciplinari, con forti capacità di autogoverno e propensione ad accettare la governance distrettuale, l'aumento di livelli di responsabilità più che di indipendenzaprofessionale. Anche qui la formazione "giusta" è irrinunciabile ed indifferibile.E' ormai tempo di costituire a livello nazionale l'albo dei Direttori di Distretto, professionisti di molteplici back ground professionali, ma necessariamente di provata esperienza nei servizi territoriali (almeno decennale e con compiti di coordinamento-direzione almeno quinquennale), accreditati da percorsi di alta formazione specifica.
4. La nuova medicina territoriale non potrà che essere integrata, di iniziativa, proattiva, con ben maggiore presenza degli infermieri. Nella prospettiva di una forte integrazione verticale ed orizzontale, le cure domiciliari devono costituire il nuovo primo punto del cambiamento; queste vanno ancorate al distretto, sviluppate con tecnologiefacilitanti la presa in carico ed il monitoraggio continuo dello stato di salute-malattia.
5. Servono nuove cornici legislative e normative, per assicurare la presenza uniforme nel Paese di Distretti resi uniformemente "forti e veri", in grado di adempiere le funzioni di produzione, integrazione, committenza, governo clinico ed organizzativo, con cui si armonizzano e si pongono in continuità nel Distretto le quattro modalità di cura proprie di una buona medicina territoriale avanzata:nuove cure ambulatoriali, nuove cure domiciliari, nuove cure residenziali-intermedie.

Nota: questo documento è stato preparato con il supporto di Paolo Da Col e Antonino Trimarchi del Centro Studi della CARD.

Garanzia

D sovraintende a tutte le attività

UVD