

Affare assegnato:

“Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell’epoca post Covid” (Atto n.569)

Andrea Rossi

Direttore Generale Azienda USL di Imola

La pandemia Covid-19, se da un lato ha confermato la qualità del nostro sistema sanitario (mi riferisco a quello della mia Regione, l’Emilia-Romagna), incardinato sulla solidarietà e sull’universalità delle cure, d’altra parte ha messo a nudo come esso, per quanto robusto ed evoluto, risulti ancora troppo incentrato sull’ospedale e sulle risposte di tipo emergenziale.

Quella dell’ospedalocentrismo è una prerogativa che peraltro prescinde e precede la pandemia: ci troviamo da tempo di fronte ad una sfida epocale, rappresentata dal ripensamento qualitativo della offerta di servizi, in modo da renderli più accessibili e diffusi sul territorio, per corrispondere in modo più coerente a quella che a più riprese è stata definita come transizione demografica, epidemiologica e sociale dei bisogni.

Il momento è arrivato: ora o mai più. Si è avviato il dibattito sulle risorse che potranno essere messe a disposizione per il rafforzamento del nostro sistema sanitario da parte dell’Unione Europea (anche se mi pare che si sia discusso ancora troppo poco di dove e come allocarle, soffermandosi eccessivamente su dissertazioni di tipo macro-economico), è una occasione irripetibile che non possiamo lasciarci sfuggire. Bisognerà evitare che queste risorse incrementali siano usate solo per potenziare gli ospedali e le terapie intensive, e siano anche (per la maggior parte) indirizzate ad irrobustire il sistema territoriale.

Un sistema territoriale che ha sicuramente bisogno di più risorse, per affrontare le sfide che prima ricordavo, ma che parimenti ha bisogno di un profondo processo di riforma e di rilancio.

La lezione che ci viene dalla pandemia è che ci sono tre questioni che dobbiamo prioritariamente affrontare sul territorio: 1) la distrettualizzazione; 2) l’implementazione della Telemedicina; 3) la riforma della Medicina in Convenzione.

Il **Distretto**, in presenza di una dimensione media che per le Aziende Sanitarie territoriali sfiora ormai il mezzo milione di abitanti, rappresenta l’ambito territoriale ottimale (l’ordine di grandezza della popolazione servita è fra i 100.000 ed i 200.000 abitanti) dove assicurare l’assistenza territoriale in tutte le sue componenti. Esso deve essere inteso nella sua accezione comunitaria e plurale più ampia (compreso dunque e non escluso il ruolo degli Enti Locali e le relative funzioni di assistenza sociale e socio-sanitaria, ed il ruolo della sussidiarietà organizzata) e non meramente come articolazione territoriale dei servizi dell’Azienda Sanitaria.

Sotto il profilo del disegno istituzionale, devono coincidere gli ambiti di intervento dei diversi attori della rete territoriale (funzioni associate dei Comuni, Servizi Sociali, Enti Gestori di servizi territoriali come ASP, Privati, Privato Sociale, articolazioni territoriali delle Aziende Sanitarie) per rendere possibile una vera integrazione delle politiche e dei servizi. Occorre inoltre dar concretezza al principio dell’autonomia economico-finanziaria del Distretto, già previsto dalla normativa nazionale ma assai poco praticato, ricomponendo in un unico portafoglio le diverse risorse che contribuiscono al finanziamento del Welfare locale (Fondo sanitario, Fondi per la NAS, Fondi Sociali, ecc.).

Questo disegno presuppone un rafforzamento dell’autonomia territoriale distrettuale, attraverso un sistema di governance che coinvolga la responsabilità congiunta degli EELL e dell’Azienda

Sanitaria, nella programmazione di quelle attività sanitarie, sociali e socio-sanitarie che sono molto legate ai bisogni ed alla peculiarità dei contesti.

Riportando ad unitarietà i processi di programmazione, governo e gestione territoriale, si potranno assicurare politiche intersettoriali (sanità, sociale, lavoro, mobilità, istruzione, ecc), in modo da rendere più efficienti ed efficaci gli interventi che impattano sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute della popolazione.

Il Distretto rappresenta inoltre l'ambito ideale per favorire l'allargamento della sussidiarietà, ed in particolare quello dell'asse orizzontale, ovvero del coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni; la sussidiarietà per svilupparsi richiede infatti forme di governo e di gestione dei servizi vicini ai luoghi di vita delle persone; in questo modo le comunità locali sono più disponibili a farsi parte attiva e ad esercitare forme di controllo sociale.

E' a livello di Distretto che possono essere idealmente valutati i bisogni della comunità, per individuare quei gruppi di popolazione a maggiore vulnerabilità sanitaria e sociale, su cui mirare elettivamente interventi di prevenzione e di promozione della salute in grado di incidere positivamente su specifici determinanti di salute; anche per questi interventi risulta fondamentale favorire sussidiarietà e partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano.

L'organizzazione dei servizi distrettuali deve favorire il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, a cominciare dalla sistematica presa in carico dei casi più complessi, con interventi di tipo proattivo, in particolare sui soggetti affetti da malattie croniche, in modo da evitare aggravamenti, scompensi ed ospedalizzazioni.

Ogni Distretto deve sviluppare relazioni privilegiate con un Presidio Ospedaliero di riferimento ed avere al proprio interno almeno un Ospedale di Comunità, struttura residenziale di cure intermedie. Ogni distretto è articolato in aree omogenee che servono una popolazione di circa 50.000 abitanti, ognuna delle quali ha come riferimento hub per l'assistenza territoriale una Casa della Salute, presidio che risponde alle esigenze di ricomposizione ed organizzazione delle attività per la promozione della salute, per il benessere sociale, e per l'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale della comunità locale.

La mission fondamentale del Distretto, a fronte di una crescente quota di pazienti cronici e socialmente fragili, dovrà essere quella di assicurare una assistenza caratterizzata da due dimensioni fondamentali: la prossimità e la continuità.

La prossimità delle cure (a cominciare da quelle domiciliari) è la strutturazione di risposte il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, in modo da semplificarne la fruizione e rendere la comunità (o l'eventuale caregiver) più partecipe.

La continuità dell'assistenza presuppone il coordinamento degli interventi nello spazio e nel tempo, a garanzia della tenuta dei passaggi tra differenti ambiti, di riduzione della frammentarietà, della costruzione di relazioni fiduciali, in modo tale da non avere interruzioni o cambiamenti ingiustificati nei trattamenti e nei professionisti che assistono.

In un periodo fortemente caratterizzato dal distanziamento fisico, si è inoltre riscoperto il valore della tecnologia per la cura a distanza dei pazienti, quella che viene comunemente definita **Telemedicina**, che non può più essere considerata semplicemente come un'opzione; occorrerà entrare nell'ottica che alcune misure, implementate sperimentalmente nel contesto della pandemia, rappresenteranno la nuova normalità.

Durante la prima ondata pandemica, ad esempio, diversi centri di cardiologia hanno scelto di convertire alcune tipologie di controlli ambulatoriali in controlli telematici con l'ausilio di

strumentazioni tecnologiche di nuova generazione; si è così avviato un monitoraggio di pazienti portatori di device quali pacemaker e defibrillatori, utilizzando dei dispositivi che permettono la trasmissione di informazioni alla sede di cura.

Sono oggi tantissime le tecnologie digitali che possono essere utilizzate sul territorio: sono in fase di sviluppo svariati sensori non invasivi in grado di monitorare continuamente lo stato fisiologico del soggetto, tra cui ritmo cardiaco, pressione sanguigna, frequenza respiratoria, saturazione di ossigeno dell'emoglobina, concentrazioni di glucosio nel sangue, onde cerebrali e molti altri.

La tecnologia medica, oltre al monitoraggio remoto, può essere utilizzata per la somministrazione dei farmaci, laddove l'aderenza alle terapie risulti particolarmente critica: pillole e capsule con sensori ad attivazione wireless sono in avanzato stadio di sperimentazione. Un altro esempio è lo sviluppo di cerotti polimerici adesivi che possono essere attivati da remoto per somministrare una dose particolare di un farmaco per via transdermica in un momento specifico.

Gli avanzamenti nella tecnologia medica si estendono anche all'imaging: le immagini ecografiche possono essere acquisite in tempo reale ad alta risoluzione da dispositivi portatili e quindi essere trasmesse via rete; questo dischiude un enorme potenziale per l'imaging mobile, per una varietà di usi, come il monitoraggio fetale, delle malattie del cuore o degli organi addominali.

Tutte queste innovazioni tecnologiche possono realmente cambiare il futuro della medicina territoriale, grazie alla loro capacità di produrre informazioni sanitarie utilissime, ai fini diagnostici, terapeutici e preventivi, garantendo al contempo riduzione delle distanze e dei tempi.

C'è grande bisogno, a livello territoriale, dello sviluppo di servizi digitali e ad accesso semplificato, trasparenti, innestati in una architettura network efficiente in grado di garantire qualità, privacy e soprattutto in grado di colmare la richiesta di continuità di cura tra ospedale e territorio. Se le prenotazioni di prestazioni ambulatoriali online, il pagamento del ticket, la scelta e la revoca del medico di base o del pediatra per i bambini, la refertazione dematerializzata sono già possibili (funzioni del Fascicolo Sanitario Elettronico), altrettanto la tele-visita, il tele-consulto, l'assistenza a domicilio sia di tipo sanitario che socio-sanitario ed il tele-monitoraggio di molti parametri clinici non possono essere concepiti fuori dall'ambito dell'e-Health. Le cronicità possono oggi trovare supporto attraverso apparati e dispositivi medici in grado di trasmettere dati telemetrici, dando un contributo effettivo alla de-ospedalizzazione protetta, alla medicina di precisione e all'abbattimento delle spese per ospedalizzazioni ricorsive evitabili con un'adeguata ed attenta vigilanza.

Non va peraltro trascurata l'importanza di poter disporre delle informazioni cliniche, assistenziali e terapeutiche su supporto digitale (Cartella Clinica digitale), in grado di accompagnare il paziente in tutti i setting di cura, come strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i diversi professionisti coinvolti, per garantire una presa in carico globale degli assistiti e per costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard.

La digitalizzazione spinta dei dati clinici, sotto la piena tutela e giurisdizione pubblica, potrebbe in futuro anche consentire un efficiente utilizzo di questi Big Data, potenzialmente in grado di orientare e definire modelli predittivi sullo stato di salute della popolazione o di particolari sottogruppi di essa.

Tale cambiamento deve essere realizzato in tempi brevi, mettendo in atto da subito un forte investimento programmato in tecnologie tra loro interoperabili, e soprattutto mettendo a fattor comune best practice e modelli operativi vincenti.

La **riforma della Medicina Convenzionata** è il terzo punto della riqualificazione della medicina territoriale; il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta è essenziale e decisivo per l'affermazione dell'assistenza territoriale, in forza del valore del loro rapporto di fiducia con gli assistiti.

L'attuale modello di organizzazione del lavoro è assai deficitario, molto focalizzato sulla dimensione professionale individuale o, nella migliore delle ipotesi, monoprofessionale; oggi più che mai sono invece necessari approcci di tipo multiprofessionale e multidisciplinari, lavoro di gruppo, sviluppo di complementarietà e di collaborazioni allargate.

I limiti della convenzione sono stati palesemente evidenziati nella drammatica situazione della pandemia, in cui il rapporto privatistico dei medici convenzionati ha mostrato tutte le proprie insufficienze, nell'impossibilità di gestione e di coordinamento tempestivo, nella presa in carico precoce delle persone, ma anche nella tutela dei medici stessi, che in quanto liberi professionisti si sono ritrovati soli, senza protocolli, senza punti di riferimento e senza protezioni, abbandonati dal sistema.

Per riformare l'assistenza territoriale in una prospettiva di prossimità e di modernizzazione organizzativa e tecnologica serve una profonda revisione delle cure primarie a partire dal rapporto di lavoro dei medici che dovrebbero essere gradualmente ricondotti ad un contratto unico (superando la diafrasi dipendenza-convenzione), che si basi su ruolo esclusivo e tempo pieno, e su tutele uguali per tutti (maternità, malattia, previdenza), a garanzia dei diritti dei cittadini e dei professionisti e con una piena inclusione di questi ultimi nel contesto del SSN.

E' inoltre divenuto ormai indispensabile introdurre nella pratica corrente di questi professionisti l'uso di strumentazione diagnostica di primo livello (elettrocardiografia, ecografia, ultrasonografia, spirometria, diagnostica POCT di laboratorio), sviluppando nel contempo connessioni con la specialistica ospedaliera attraverso strumenti di telemedicina.

La Medicina Generale deve entrare nel curriculum universitario della formazione medica post-laurea e deve diventare specialità accademica. Solo così potranno essere definite le competenze ed il campo di azione di questa disciplina; solo così avremo medici preparati, potrà essere definito un iter di carriera e potrà essere riconosciuto il merito; solo così i giovani laureati potranno essere orgogliosi di scegliere questa professione.

Anche l'Università ha bisogno di aprirsi di più alla dimensione territoriale; se è vero che è sul territorio la sfida del futuro, anche il mondo accademico deve abbandonare la reclusione costringitiva nei policlinici universitari ed abbracciare compiutamente le sedi distrettuali (Case della Salute, Ospedali di Comunità, ecc.), sviluppando nuovi contesti e nuove soluzioni per la didattica e per la ricerca.