

Roma, 14 gennaio 2021

**Audizione informale di Antonio Magi, segretario generale del SUMAI Assoprof,
in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale
nell'epoca post Covid**

Illustre presidente, illustri componenti della XII Commissione Igiene e Sanità

il tema dell'audizione è da tempo oggetto di riflessione da parte del SUMAI Assoprof essendo la medicina territoriale il nostro perimetro professionale quotidiano, per questo dunque vi ringrazio dell'invito.

Entrando nel merito dell'esame in oggetto faccio presente che ancor prima dell'emergenza COVID-19 le diverse professioni operanti nell'ambito dell'assistenza territoriale hanno iniziato a ragionare su ipotesi di riqualificazione e potenziamento dimostrando apertura nei confronti di nuovi modelli organizzativi basati su una logica di collaborazione e corresponsabilità.

Nella **Medicina Generale** ad esempio si è fatta largo l'idea di sviluppare dei “*microteam*” medico-infermiere (più Specialista Ambulatoriale Interno ove necessario) per una migliore gestione delle attività di assistenza, specialmente nelle aree geografiche meno servite, mentre i rappresentanti degli infermieri hanno promosso l'istituzione della figura dell'*infermiere di famiglia*.

È interessante notare poi come in alcune **Regioni** esistono già esperienze di buona pratica collaborativa ispirate ai *Community Health Center* come ad esempio le “**Case della Salute**” e i Presidi Socio-Sanitari Integrati, sedi funzionali di forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali che, oltre ad erogare specifiche prestazioni, implementano progetti personalizzati che seguono l'assistito nei luoghi in cui risiede e nella comunità in cui opera, promuovendone la centralità.

Infine, come detto all'inizio, anche gli **Specialisti Ambulatoriali Interni** hanno da tempo proposto, ed in alcune regioni già realizzato attraverso le **Aggregazioni Funzionali Territoriali**, quei **team specialistici multidisciplinari** che facilitino l'integrazione dei servizi sul paziente e la sua presa in carico specialistica nei *setting* territoriali.

Nello specifico la proposta elaborata dagli Specialisti Ambulatoriali Interni (*in sigla* SAI) che vi presento risponde alla necessità di un **modello organizzativo che riconosca l'ineludibile bisogno di assistenza specialistica nei diversi contesti dell'assistenza territoriale**, contesti che esulano

ormai dal semplice *setting* ambulatoriale, ma si allargano alle strutture residenziali sanitarie, alle cure domiciliari, agli *hospice*, alle Case della salute, alle strutture di cure intermedie ed a tutti i “luoghi di cura” extraospedalieri che ad oggi connotano un moderno sistema sanitario aperto ai bisogni della cronicità.

La realizzazione di un reale cambiamento organizzativo in ambito territoriale nazionale sarà tuttavia consentita solo dalla presenza di alcuni elementi discriminanti:

- 1) la disponibilità di dati statistico-epidemiologici che consentano parallelamente l'elaborazione di un efficace sistema di modellizzazione della cronicità con la stratificazione dei relativi bisogni;
- 2) una profonda revisione dell'approccio “prestazionale” dei nomenclatori sanitari attualmente in uso allargato a “piani di cura” per la cronicità;
- 3) l'interconnessione delle banche dati e delle reti informatiche territoriali ed ospedaliere
- 4) la promozione di modelli assistenziali che favoriscano il lavoro di squadra e l'azione proattiva coordinata di tutti gli operatori dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica nonché degli stakeholder istituzionali e della comunità;
- 5) l'adozione di comuni modelli organizzativi e gestionali in ambito nazionale in grado di superare le diseguaglianze della regionalizzazione.

La reale “presa in carico” dei pazienti non potrà inoltre prescindere dal riconoscimento, all'interno del tempo di cura, del valore intrinseco delle attività *out of office* nonché del tempo dedicato alla “comunicazione”, ossia di tutte quelle attività dedicate non direttamente alla stretta erogazione di “prestazioni” sanitarie, ma al consolidamento di dinamiche di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e della comunità al processo di cura ed alla attuazione di logiche di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'attuale quadro emergenziale COVID-19 ha parallelamente fatto emergere il ruolo che gli strumenti offerti dall'attuale tecnologia digitale sono potenzialmente in grado di giocare, evidenziando parimenti le importanti criticità tecnologiche ed infrastrutturali della digitalizzazione nel nostro Paese, criticità che ancor oggi non permettono di realizzare su larga scala interventi di rilevante impatto socio-sanitario come ad esempio il monitoraggio di parametri, la promozione del *self-management*, la realizzazione di teleconsulti ecc.

Nell'ambito delle misure sin qui adottate per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, non ultimo l'aspro confronto su Recovery Fund, si possono certamente ipotizzare risorse destinate a rappresentare terreno fertile su cui strutturare una proposta di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che possa promuovere l'integrazione multiprofessionale, con chiara rappresentazione di ruoli e responsabilità, per gestire al meglio la sfida imposta dal quadro demografico ed epidemiologico nazionale.

Lo Specialista Ambulatoriale Interno (SAI)

Il Servizio Sanitario Italiano è probabilmente l'unico al mondo dotato di una capillare rete di circa 20.000 specialisti, medici e professionisti operanti nell'ambito di tutte le discipline, dedicati specificamente e contrattualmente a tutta la componente assistenziale “extradegenziale”, ma spesso confinati ad un setting ambulatoriale caratterizzato da una logica meramente prestazionale e con importanti carenze di modelli organizzativi di riferimento e di concreti strumenti di coordinamento con gli altri “pezzi” del sistema sanitario.

Nel corso dei decenni questa specificità italiana, nonostante l'impellenza dei bisogni assistenziali della cronicità, non ha ancora avuto modo di essere adeguatamente valorizzata in tutte le varie articolazioni che una moderna assistenza territoriale potrebbe essere in grado di attivare, con particolare riferimento alle cure domiciliari ed alle cure intermedie.

È bene rammentare che lo Specialista Ambulatoriale Interno concorre, per contratto, ad assicurare l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari e svolge le attività specialistiche di competenza in tutti i possibili *setting* assistenziali, in particolare territoriali, essendo l'unico specialista a possedere contrattualmente la specificità e l'elettività ad operare ad esempio al domicilio o nelle strutture extradegenziali.

In tali contesti lo specialista esegue infatti, attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali; opera nello specifico non solo in sede ambulatoriale ed in sede ospedaliera, ma anche presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ecc.

Nella sua qualità di medico e professionista pubblico, *interno* al SSN e parte integrante dello stesso, il SAI per contratto:

- assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizzando anche i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati ed evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;
- collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva e alle attività di farmacovigilanza pubblica;
- partecipa alle disposizioni in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
- realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza, compreso il teleconsulto e la telemedicina, richieste;
- assicura il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;
- adotta le disposizioni regionali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali, ivi compresi i piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti;

Le Equipe Specialistiche Territoriali

Da questi elementi emerge l'**ineludibile necessità di implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale**, garantire il lavoro in *equipe* e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico.

La complessità assistenziale di questi pazienti non può più infatti essere oggi affidata al singolo professionista, ma deve essere affidata ad una rete assistenziale territoriale di operatori, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali.

La componente specialistica di tale modello potrà essere garantito dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari (“Equipe Specialistiche Territoriali”) di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale (il cui numero può variare a seconda delle caratteristiche orografiche) legati quindi alla tipologia e alle peculiarità del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (microteam dei MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, ecc.) **consentirebbe per questa tipologia di pazienti ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni.**

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe, infatti, la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle “acuzie semplici” alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.

In armonia con quanto previsto dal *Chronic Care Model*, l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico ed il supporto specialistico, sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

- a) un'area per la gestione di uno strato della popolazione “sana o apparentemente sana” con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del *micro-team* della MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette “acuzie semplici” attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, ambulatori o il domicilio
- b) un'area di presa in carico delle cronicità “semplici” sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio MMG/PLS, ambulatori o il domicilio
- c) un'area della gestione della cronicità “complessa” di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici,

diabetici, ecc) sul territorio che non richiedano di ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, in RSA, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie ed infine

- d) un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI/UOCP) Hospice, RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc)

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal **Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato e concordato tra i vari professionisti, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente**, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

Alla luce di quanto sin qui esposto appare dunque necessario pensare ad una sanità territoriale “nuova” ispirata ad una *vision* in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo per valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese.

Grazie per la vostra attenzione

Antonio Magi, segretario generale SUMAI Assoprof