

## Risoluzione in Commissione

La XII Commissione,

### **premessato che:**

la pandemia da Covid 19 ha creato gravi problemi sanitari, economici e sociali in tutto il mondo; questa emergenza sanitaria ha drammaticamente amplificato le fragilità del nostro SSN mettendolo a dura prova per carenza di strutture, di personale, per disomogeneità regionali; in quest'ultimo anno sono stati adottati numerosi provvedimenti per rafforzare la nostra sanità, specialmente all'interno dei reparti ospedalieri maggiormente coinvolti nell'emergenza, finalizzati ad implementare l'organico ed assumere tra personale sanitario, infermieristico e socio sanitario, secondo quanto riferito dal ministero della salute, più di 36.000 unità;

l'ultima legge di Bilancio ha previsto fondi per investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, delineando un percorso di miglioramento non solo strutturale e nell'ambito della sicurezza ma anche impiantistico e di ammodernamento tecnologico;

l'esperienza emergenziale ha ulteriormente messo in luce le fragilità sanitarie del nostro paese, specialmente quelle della medicina territoriale e ha fatto emergere la necessità di una sua riorganizzazione ;

dopo un ampio ciclo di audizioni svolte presso la XII Commissione, si è giunti ad individuare quali siano le necessità prioritarie da affrontare attraverso l'utilizzo dei fondi del Recovery fund, con i quali si auspica che si potranno finalmente apportare le giuste riforme sui punti deboli del nostro SSN, emersi anche a seguito di questa pandemia;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), relativa alla Salute, si evidenzia , in particolare l potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle Case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli Ospedali di comunità;

nell'ambito dell'anzidetto potenziamento dell'assistenza territoriale le Case della Comunità dovrebbero garantire l'assistenza di prossimità e territoriale con la presenza di una Casa ogni

20-25mila persone, senza penalizzare territori montani o aree interne o a bassa densità abitativa e dovranno assicurare i servizi volti alla prevenzione e promozione della salute, svolgere le cure primarie attraverso i MMG e i PdLS, preferibilmente coordinati in AFT (aggregazione funzionale territoriale) e UCCP (unità complesse di cure primarie), Infermieri di famiglia e di comunità; ciò avverrà attraverso interventi interdisciplinari e multidisciplinari che operino secondo percorsi integrati tra servizi sanitari e sociali;

trattandosi di una impostazione innovativa, come si evince dal PNRR, è necessario individuare un layout e indicatori utili a verificare se gli obiettivi previsti vengono raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale; con il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), attraverso prestazioni professionali del personale sanitario e socio-sanitario oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali per una sanità che utilizzi la telemedicina per le cure a distanza, la presa in carico dovrà essere personalizzata e globale, nei confronti di ogni fragilità tale da consentire risposte adeguate attraverso la presenza di operatori che siano punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti l'affiancamento e sostegno dedicato a caregivers familiari e badanti;

il rafforzamento delle cure intermedie è perseguito attraverso la realizzazione di Ospedali di comunità, quali presidi sanitari a lunga degenza con funzioni "intermedie" tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, anche attraverso la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti nonché la valorizzazione e il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il Servizio sanitario nazionale;

l'ammodernamento delle tecnologie ospedaliere, la digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), saranno finalizzati a rafforzare ulteriormente anche l'assistenza territoriale;

### **Considerato che:**

come evidenziato da Giuseppe Imbalzano nel suo volume "Proposte per la sanità del futuro", gli elementi che in massima parte descrivono i problemi esistenti del nostro sistema sanitario sono riconducibili a: alto costo per prestazione con risorse economiche limitate; incremento costante delle richieste di intervento; strutture di ricovero non del tutto idonee (50% degli ospedali hanno meno di 120 letti); vetustà del patrimonio edilizio e tecnologie disponibili

obsolete; ricoveri non appropriati-degenze prolungate; pronto soccorso con eccesso di utenza e tempi di risposta inadeguati; livelli di sicurezza non sempre adeguati; tempi di attesa elevati per le prestazioni sanitarie; scarsità di personale in termini quali quantitativi; sede di ricovero non appropriata; copertura completa in ricovero tipica su 5/ 6 giorni per 8-12 ore/ die; i bisogni dell'utenza sono variati e le risposte non sempre sono personalizzate o non lo sono sufficientemente; elevato livello di burocratizzazione con processi particolarmente complessi per esigenze amministrative; modello organizzativo e normativo ante riforma 833/ 78 con base organizzativa e gestionale derivata dai modelli mutualistici ante riforma

dinanzi alle suddette criticità il dr. Imbalzano indica, quindi, come elenco non esaustivo, anche tutti quegli elementi che potrebbero configurarsi come azioni qualificanti di politica sanitaria, adeguate al nostro sistema sociale ossia: alto livello di appropriatezza e di sicurezza; riduzione della frequenza delle patologie e della loro gravità; riduzione degli sprechi; riduzione delle degenze medie ; qualità e tempestività della risposta; semplificazione clinica, organizzativa ed amministrativa; significativa riduzione del numero delle strutture e dei posti letto; costo moderato per prestazione; attività di servizio 7gg/ 7/ h24; elevato utilizzo degli impianti tecnologici; remunerazione mista, per risultato, per prestazione, per quota capitaria e per servizio; risposte personalizzate; partecipazione e coinvolgimento attivo del cittadino; organizzazione di un servizio sanitario e socio sanitario integrato; migliore qualità di vita per il singolo e per la comunità; compatibilità economica con le risorse disponibili;

nell'ambito di una riorganizzazione efficace del nostro sistema sanitario, buona parte delle azioni qualificanti su indicate potrebbero essere riconducibili all'attribuzione al medico di famiglia della responsabilità di analisi clinico terapeutica e di valutazione clinica, in una visione olistica della persona, dei suoi bisogni sanitari, assistenziali e sociali e per un risultato di sintesi che non sia solo medico;

il medico di famiglia, in tale ottica, si colloca al centro dalle attività territoriali, come filtro della domanda e come mantenimento dello stato di benessere o di selezione degli interventi per l'assistenza di pazienti acuti o cronici, nell'ambito di una struttura di servizi, una vera e propria Società Sanitaria Integrata di Servizi (SSIS), che coincide nelle progettualità del PNRR con una casa della Comunità e che sia in grado di semplificare, in modo radicale, il sistema organizzativo sanitario territoriale e offrire adeguate risposte ai bisogni effettivi di assistenza territoriale al cittadino;

il SSIS, come concepito nel volume del dr. Imbalzano, governa le risorse economiche destinate alla assistenza della comunità, con un budget specifico e ben definito sulla base della

popolazione assistita, dei servizi offerti e degli risultati attesi; si fa carico di tutte le esigenze preventive, cliniche, mediche, infermieristiche, riabilitative, amministrative, socio sanitarie del proprio gruppo di assistiti, sia gestendo direttamente i servizi, che acquistando risorse da altri erogatori di attività, specialistiche, sociali etc, con un meccanismo assistenziale del prendersi cura della persona nella sua complessità e non soltanto dell'intervenire al momento del bisogno, e coordinando l'intervento nei confronti degli stessi, anche nei settori amministrativi, socio sanitari, etc., nell'intero arco della giornata per tutta la settimana;

il SSIS comprende dunque medici e pediatri di famiglia, specialisti delle diverse discipline con le relative tecnologie disponibili, infermieri, riabilitatori, amministrativi e assistenti sociali e segue tutte le diverse esigenze della comunità a cui deve prestare assistenza, avendo particolare attenzione alla valutazione e alla selezione nell'utilizzo sia delle risorse consumate (visite, farmaci, ricoveri, prestazioni varie) che alla verifica dei risultati ottenuti;

questi centri di servizio dovranno avere a disposizione le tecnologie di base (Ecg- Spirometro- Pulsiossimetro- ecografo, prelievi, etc) per dare una risposta tempestiva e più coerente con le esigenze immediate dei propri assistiti e dovrebbe essere composto da almeno 10- 15 medici che siano in grado di organizzare un servizio, anche su sedi decentrate, adeguato per le esigenze di una popolazione di almeno 10- 20000 abitanti, fermo restando che nei centri urbani le dimensioni potrebbero essere anche più importanti.

in tale contesto è evidente come il sistema informativo, e in particolare il fascicolo sanitario elettronico, sia essenziale laddove puntualmente integrato da tutti i livelli sanitari ed assistenziali, compresi quelli privati, tenuto conto che con gli strumenti di elevata tecnologia, informatici e telematici, e con la telemedicina, molti dei processi amministrativi e assistenziali potranno essere superati o agevolati, facilitando il cittadino;

per una organizzazione sanitaria che costa oltre 120- 130 miliardi di euro all'anno, appare quasi stupefacente l'assenza di obiettivi di risultato di salute e, come evidenziato dal dr. Imbalzano se da un lato il nostro sistema sanitario è dotato di strumenti di gestione, come ad esempio i LEA, e di obiettivi prevalentemente quantitativi, dall'altro è incredibilmente privo di elementi di valutazione del risultato e di indicatori di salute;

eppure - afferma a riguardo il dr. Imbalzano nel volume innanzi citato - indicare ad esempio, come obiettivo la riduzione del 25% dei pazienti affetti da diabete o colpiti da ictus, da patologie respiratorie o da tumori al polmone, avrebbe consentito, in questi anni, migliori e più concreti risultati economici e uno stato di salute della comunità mediamente migliore rispetto alla attuale, con migliori prospettive per il futuro;

in tale ottica, dunque, la remunerazione dovrà modificarsi in modo significativo, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più basso e per la medicina generale, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria, definita in base al numero di pazienti- mese iscritti al medico, dovrebbe esserci anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni virtuose e promozionali del risultato atteso; il sistema di remunerazione per risultato applicato alle prestazioni mediche o sanitarie, denominato pay-for-performance – P4P ha esperienze già realizzate in altri paesi, come ad esempio in Germania, dove la sua attivazione ha prodotto risultati clinici significativi e una riduzione della spesa, diretta ed in prospettiva, molto significativa; ed anche in Italia, proprio lo stesso dr. Imbalzano lo ha sperimentato per il progetto Take Care per la prevenzione primaria dei tumori sviluppato nelle ASL di Bergamo e di Lodi;

### **Ritenuto che:**

la pianificazione della sanità territoriale deve partire da un'analisi attenta dei bisogni che devono essere soddisfatti e le proposte del PNRR devono garantire migliori servizi e maggiore efficacia, economicamente sostenibili nel tempo sia dal punto di vista strutturale che delle risorse umane;

puntare su investimenti in strutture per cronici o per cure a bassa intensità non risolverà le carenze del nostro SSN;

il personale medico è insufficiente e in alcuni settori mancano figure professionali specialistiche, in particolar modo nel servizio sanitario pubblico che ha bloccato le assunzioni e ridotto in modo significativo gli organici;

è necessario dunque rivedere la modalità di finanziamento delle attività e proporre, nel sistema, una retribuzione che non favorisca solo il riconoscimento delle prestazioni ma anche i risultati ottenuti;

il sistema dei servizi territoriali ha uno scarso coordinamento e una forte dispersione che è persino stata incrementata rispetto all'organizzazione pre riforma 833/78 poiché sono mancati riferimenti organizzativi territoriali in cui prevenzione, educazione ed informazione sanitaria, riabilitazione ed autoaiuto non hanno avuto il necessario sviluppo e attenzione nel tempo;

è necessaria un'organizzazione senza limitazioni funzionali e barriere fisiche al fine di garantire una risposta pronta e precoce, in grado di migliorare e qualificare l'intervento e ridurre l'evoluzione e le conseguenze della patologia;

l'organizzazione dei servizi territoriali che oggi presenta innumerevoli vincoli formali e spesso non utili, deve consentire di facilitare una distribuzione più equa dei servizi e offrire l'opportunità a tutti i cittadini di accedere alle prestazioni in modo semplice e senza tempi di attesa inadeguati, con una appropriatezza elevata ed un'offerta che deve garantire un reale coordinamento ed una integrazione nelle indicazioni diagnostiche dei differenti indirizzi specialistici;

la gestione dei malati deve essere in grado di operare in un ambiente integrato, con facilità di comunicazione e interazione per la valutazione dei bisogni assistenziali, naturalmente altamente informatizzato;

è necessaria una struttura operativa organica e integrata che, grazie ad una responsabilità condivisa, potrà garantire una risposta complessiva e di qualità che dia soddisfazione alle necessità mediche e sociosanitarie grazie ad una maggiore sicurezza e appropriatezza clinica ed una qualificazione della attività con minori errori diagnostici e terapeutici;

bisogna implementare un modello funzionale che garantisca un riconoscimento del risultato ottenuto (pay for result) e non solo il pagamento per prestazione, assicurando dunque un valore pregnante al risultato ottenuto.

### **Ritenuto altresì che:**

- la prevenzione primaria può consentire di ottenere risultati significativi con una spesa decisamente modesta ma con un contributo al benessere generale molto elevato;

- una diversa organizzazione territoriale, che crei un filtro di alto livello e ad indirizzo preventivo, può ridurre in modo importante il fabbisogno sanitario per le patologie acute e cronico degenerative, attraverso la gestione precoce di molte patologie direttamente a domicilio;

la presenza di medici di famiglia e di specialisti che lavorano e operano per risultato (e quindi tempestivamente quando necessario) e con tutte le tecnologie necessarie rendere la diagnostica territoriale tempestiva e qualificata;

la gestione domiciliare, con un organico significativo, garantisce un'assistenza di alto livello sia per quanto riguarda le attività mediche che infermieristiche e riabilitative;

l'erogazione di servizi ambulatoriali integrati comprensivi di servizi sociosanitari possono svolgersi nei medesimi ambienti, ovvero nelle case di Comunità, attraverso il coordinamento

con tutti gli operatori sanitari e amministrativi operanti nella struttura semplificando i percorsi sanitari ai cittadini.

la rete telematica favorirà un utilizzo intensivo dei servizi presenti, una continuità assistenziale e una forte attenzione ai malati, a domicilio in particolare, con la creazione di reti di gestione ed ascolto delle esigenze che man mano verranno sviluppate;

la telemedicina appare finalmente matura per garantire servizi di alto livello per diagnosi, terapia e follow up di pazienti cronici anche in condizioni di scompenso cronico, per mantenere in equilibrio il paziente, garantirgli una gestione domiciliare monitorata e un intervento tempestivo in caso di necessità.

### **Impegna il Governo:**

1. ad assicurare che le Case di Comunità abbiano i medesimi modelli organizzativi e rispondano alla logica della Società Sanitaria Integrata di Servizi (SSIS) come descritta in premessa , al fine di garantire l'effettiva integrazione e l'omogeneità nell'erogazione dei servizi su tutto il territorio nazionale ;
2. a recuperare e valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'ambito della riorganizzazione territoriale, assicurando allo stesso la centralità dell'assistenza territoriale, anche nell'ambito delle Case della Comunità, rafforzandone il ruolo in merito alla accoglienza, all'orientamento e alla valutazione dei bisogni;
3. a favorire la gestione del servizio sanitario territoriale in convenzione da parte di aggregazioni tra MMG ,PLS ,specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, MCA, collaboratori di studio, strutturati con una società di servizi integrati che operino per l'assistenza mediamente di una comunità di circa 20.000 abitanti, prevedendo che la popolazione sia gestita h24 per le necessità di primo livello e primo soccorso(codici bianchi o verdi) con la presa in carico del cittadino attraverso il MMG che lo seguirà nel percorso assistenziale conservando il rapporto di fiducia medico-paziente;
4. ad introdurre meccanismi remunerativi innovativi, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più basso, contemplando, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria, definita in base al numero di pazienti- mese iscritti al medico, o in base alla remunerazione per prestazione, anche la remunerazione

per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni corresponsabili e virtuose del risultato atteso;

5. - a dare la possibilità alla Società di servizi sociosanitari integrati (SSSI) di acquistare dalle Asl prestazioni da erogare per un anno, con valutazione finale e con responsabilità personale sia per i costi che per risultato;
6. - a favorire altresì, per la carenza del personale medico dei prossimi anni, che gli specialisti possano collaborare con i MMG e caricarsi l'eccesso degli assistiti espletando oltre l'attività di specialista ambulatoriale anche quella di MMG.