



## **Movimento per la difesa della sanità pubblica veneziana**

[www.difesasanitavenezia.top](http://www.difesasanitavenezia.top)

[info@difesasanitavenezia.top](mailto:info@difesasanitavenezia.top)

# **PROGETTO PER VENEZIA**

## **Proposta per l'avvio a Venezia di un Presidio Sperimentale ad Alta Integrazione per le Cure Primarie– PSAICP**

### **A Venezia un ruolo primario per le Cure primarie**

#### **1. Introduzione**

Come è naturale, il confronto sui temi della sanità e della tutela della salute sono al centro del dibattito politico e del confronto tra le diverse proposte di governo di cui si fanno portavoce i candidati alle ormai vicinissime elezioni comunali e regionali.

La particolarità di questo dibattito oggi è data dalla eccezionalità della attuale situazione epidemiologica ed assistenziale, condizionata dall'impatto che, anche nella realtà veneta, ha avuto la pandemia da SARS-CoV-2 e il verificarsi di numerosi casi di COVID-19, soprattutto tra gli anziani.

Il Comitato per la difesa della sanità pubblica veneziana sta sviluppando una riflessione che parte dalla valutazione dell'impatto che la pandemia di Covid-19 sta avendo - a livello nazionale, regionale e locale - sulla salute e sui servizi sanitari pubblici e si propone di avanzare proposte a breve, medio e lungo termine. La finalità è quella di mettere in sicurezza il Servizio Sanitario Nazionale nei tre ambiti nazionale, regionale, metropolitano/lagunare. Tale messa in sicurezza è fondamentale per non compromettere la funzione del SSN a baluardo della salute degli italiani, dei veneti e dei veneziani.

L'approccio che abbiamo scelto è stato quello di agire contemporaneamente su tre aspetti che proprio in queste settimane vanno presi in considerazione:

a) perseguire l'obiettivo di:

- mantenere e incrementare la capacità di controllo del fenomeno epidemico individuando precocemente i casi sintomatici, riconoscere i casi asintomatici, immediatamente circoscrivere eventuali focolai

- migliorare l'assistenza ai casi sintomatici o paucisintomatici o asintomatici ai quali garantire un setting assistenziale adeguato ed efficace, (ospedaliero in unità intensive o semi-intensive, residenziale sanitario dedicato, residenziale dedicato, domiciliare)
  - garantire l'eventuale necessaria fase riabilitativa fisica e psicofisica per tali pazienti
  - garantire il supporto assistenziale di carattere sociosanitario per tali pazienti e per le loro famiglie
- b) ripristinare la erogazione piena delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), recuperando il ritardo eventualmente determinatosi nella erogazione delle prestazioni, a causa dell'irrompere del COVID-19.
- c) riprendere il percorso di qualificazione dell'assistenza offerta dal SSN. Ricordiamo che la qualificazione è tale quando riguarda a) le risorse (umane, strutturali, tecnologiche, finanziarie); b) le procedure seguite nel fornire assistenza; c) gli esiti degli interventi/servizi/prestazioni dei vari livelli del sistema sanitario. Oggi nel riprendere tale percorso di qualificazione occorre anche tener conto dell'esperienza legata all'emergenza COVID-19 e promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Tutto questo dovrà investire sia il livello nazionale, che il livello regionale e il livello locale nel cui ambito si colloca il caso Venezia.

## 2. Una proposta per Venezia

La proposta che si vuole qui presentare è quella di prospettare per Venezia una peculiarità nel realizzare il percorso di qualificazione di cui al punto c). Nel senso di applicare per la città lagunare alcune soluzioni che, rispetto al ventaglio di possibilità o ipotesi programmatiche, organizzative e gestionali, si possano basare su uno straordinario rafforzamento degli interventi territoriali.

Più specificamente si pensa a un progetto peculiare che tenga conto della particolarità della realtà lagunare, che d'altra parte è riconosciuta anche dalla legge di approvazione del PSSR 2019—2023. In altre parole si tratta di consentire, in via sperimentale ed anche eventualmente parzialmente derogatoria rispetto alla normativa vigente, un modello assistenziale territoriale incentrato sulle Cure primarie.

In primo luogo, occorre porre attenzione al fatto che la **peculiarità veneziana** è multidimensionale:

Venezia è:

Città bipolare (terraferma laguna)

Città insulare

Città caratterizzata nella sua parte lagunare di una particolare situazione demografica

Città in cui la mobilità è difficile

Città in cui rilevante è il fattore barriere architettoniche

Città dotata di preesistenti strutture sanitarie di rilievo

Città con una buona rete strutturale per supportare le comunicazioni e i collegamenti informatici

Città d'arte

Città fortemente turistica

Città che potrebbe attrarre finanziamenti e donazioni per il Progetto

Città con importanti insediamenti universitari

Questa peculiarità, che caratterizza Venezia sotto più dimensioni, è da sottolineare.

Condurre nella città lagunare una sperimentazione organizzativa per l'erogazione dei LEA afferenti alla assistenza territoriale basata sulle Cure primarie:

- da un lato, comporta alcune oggettive difficoltà
- ma dall'altro può costituire una motivazione aggiuntiva che spinge verso la sua realizzazione in quanto rende replicabile in più realtà il modello sperimentato a Venezia.

Infatti:

- se il modello funziona a Venezia lagunare (città con una forte componente "insulare") è presumibile che possa poi essere replicato in altre realtà caratterizzate dalla presenza di piccole isole
- se il modello funziona a Venezia, città con un profilo demografico spostato verso l'anzianità e in cui la mobilità è difficile, è presumibile che possa poi essere replicata in altre realtà caratterizzate dalla compresenza del fattore anzianità e del fattore mobilità difficile
- se il modello funziona a Venezia città d'arte e fortemente turistica (città quindi nella quale annualmente ci si può aspettare una quota di presenze turistiche relative a persone anziane portatori di patologie croniche che sono interessate a soggiorni anche prolungati per poter visitare i luoghi d'arte veneziani ma intendono farlo in condizioni di sicurezza, intesa come prevenzione degli scompensi) è presumibile che possa poi essere replicato in altre città d'arte a forte vocazione turistica.

### **3. La situazione nella quale è nata la proposta**

Stiamo assistendo ad un insieme dei fenomeni che stanno cambiando criticamente il profilo demografico in tutte le aree mondiali e quindi anche il peso specifico delle patologie incidenti sulle singole classi di età.

In tutti i paesi sviluppati a causa dell'invecchiamento della popolazione è in atto una crescita esponenziale della domanda di salute, che riguarda prioritariamente la popolazione anziana

L'Europa Occidentale si trova nella quarta fase della transizione epidemiologica, in cui gli interventi di prevenzione primaria e secondaria sono in grado di contrastare con un certo successo malattie ischemiche, cerebrovascolari e tumorali ritardando l'insorgenza e/o gli esiti mortali di queste.

Ma quanto si è verificato negli ultimi 8 mesi spinge a parlare ora di una ulteriore fase con l'impatto crescente di malattie infettive emergenti e riemergenti e con fenomeni connessi alla globalizzazione che comportano l'estendersi repentino di fenomeni sanitari da un punto geografico specifico all'intero pianeta quindi all'intera umanità. Nel riquadro che segue diamo alcuni elementi di dettaglio.

L'Istat ha recentemente fatto un bilancio dell'epidemia di COVID-19 e nel momento cui ha chiuso questo bilancio afferma che *l'epidemia ha colpito quasi 240mila persone e causato poco meno di 35mila decessi.*

Vi è stato un consistente eccesso di mortalità soprattutto tra i soggetti maschili di 70-79 e di 80-89 anni, mentre per le donne l'incremento è più contenuto in tutte le classi di età.

L'elevato numero di decessi osservato a causa del Covid-19 avrà, con molte probabilità, un impatto anche sulla speranza di vita.

Più nel dettaglio, il numero di casi Covid-19 segnalati in Italia è massimo a marzo (113.011), con un *rapido e drammatico incremento della mortalità in tale mese* (+48,6% rispetto alla media 2015-2019) arrivando a 80.623 (26.350 in più in valore assoluto).

Ad essere maggiormente colpite sono state le persone più vulnerabili, acuendo al contempo le significative disuguaglianze che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal Covid-19. Sono infatti le persone con titolo di studio più basso a sperimentare livelli di mortalità più elevati.

Questo pesante bilancio è dovuto quindi all'effetto diretto del virus SARS-CoV-2 e alla conseguente insorgenza di casi di COVID-19 ma anche all'effetto indiretto di aggravamento che il nuovo coronavirus ha avuto in soggetti affetti da varie malattie o condizioni croniche.

L'impatto sulla rete dei servizi sanitari è stato rilevante ad esempio per quanto riguarda *l'assistenza ospedaliera* sono diminuiti i ricoveri per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari mentre si è ridotta drasticamente l'offerta di interventi di chirurgia elettiva non urgente.

Ma l'impatto più diffuso e capillare ha riguardato la rete dei servizi territoriali con effetti a medio e lungo termine ancora da quantificare.

**L'Istant Report Covid-19 n. 10** dell'ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI esprime questa forte preoccupazione: *I dati di diversi studi in ambito oncologico mostrano dati in peggioramento in termini di accessibilità alle cure. Gli effetti del breve termine sono già visibili, quelli nel lungo periodo li vedremo tra uno o due anni, legati alla totale sospensione degli screening. Le Regioni sono oggi chiamate ad una seconda sfida forse più alta della precedente: recuperare il tempo perduto per far sì che l'impatto sulla salute sia il quanto più possibile contenuto. Nulla potrà essere più come prima, c'è bisogno di innestare la sesta marcia, accelerando i cicli assistenziali, utilizzando le sale operatorie e le apparecchiature diagnostiche H24 se non vogliamo vedere le liste d'attesa allungarsi a dismisura e tradursi in cattiva salute futura dei pazienti e quindi in una maggiore prossima spesa sanitaria.*

### **3.1 Le criticità nazionali e regionali**

Il fatto è che la pandemia ha colto il sistema sanitario nazionale e quello regionale in un momento delicato dovuto a due ordini di fattori:

- gli effetti di un sottofinanziamento del SSN a livello nazionale e, a cascata, a livello regionale
- gli effetti di errori nella programmazione regionale

Per quanto riguarda il sottofinanziamento basti ricordare che dal 2010 al 2018 la spesa sanitaria pubblica è aumentata solo dello 0,2% medio annuo a fronte di una crescita economica dell'1,2%.

*Questo rallentamento della spesa è dovuto principalmente alla diminuzione del personale sanitario. Rispetto al 2012 il calo è del 4,9% e ha riguardato anche medici (-3,5%) e infermieri (-3,0%).*

*L'attività ospedaliera si è concentrata sull'erogazione di prestazioni a più elevata intensità assistenziale. Ma non c'è stato un parallelo rafforzamento dell'assistenza territoriale.*

Per quanto riguarda il secondo elemento relativo ad errori o insufficienze o contraddizioni della programmazione sanitaria a livello regionale, richiamiamo l'attenzione sui seguenti aspetti.

Il **PSSR 2019-2023** esprime bene la contraddittorietà della prospettiva su cui la uscente maggioranza vuole avviare la realtà sanitaria e sociosanitaria veneta:

- da un lato si dice di voler confermare la prioritaria attenzione e adesione a modelli basati sul rafforzamento e integrazione dei servizi territoriali,
- dall'altro si porta ancora più avanti il processo di riduzione dei posti letto ospedalieri senza che il rafforzamento della rete territoriale si sia compiuto.

La parola d'ordine "accorciare la catena di comando", in astratto, poteva essere condivisa se riferita alla creazione di strumenti che lasciando intatta, anzi aumentando l'articolazione territoriale dell'assistenza fossero in grado di velocizzare la capacità di risposta a situazioni emergenziali, individuali e collettive e di conseguire un efficientamento nella produzione di interventi e attività sanitarie e socio sanitarie e nella erogazione dei LEA, in modo tale da recuperare risorse da reinvestire sul territorio.

Ma tale parola d'ordine sta invece significando un indebolimento della rete assistenziale che viene paradossalmente sempre più asciugata e ridotta nella sua possibilità di risposta alle esigenze ordinarie e straordinarie. Vengono purtroppo confermate **rilevanti modifiche** per quanto riguarda la presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza, **che suscitano preoccupazioni**.

In astratto tale presa in carico viene concepita in base al concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuato dall'ambito ospedaliero, che permette di graduare l'erogazione dell'assistenza correlandola al bisogno. Ma suscitano perplessità le significative innovazioni riguardanti: a) il ricorso ad erogatori esterni per attività connesse all'assistenza primaria; b) una estensione del principio di libera scelta anche ai team di assistenza primaria

In realtà, la sostanza del modello veneto, formalmente ribadita, sta venendo meno e il servizio sociosanitario regionale viene oggi governato senza una chiara visione strategica.

### **3.2 Il contesto specifico**

Può essere utile richiamare gli elementi fondamentali dell'assetto dei servizi sanitari e sociosanitari sia a livello nazionale che regionale.

In questi anni (a partire dagli anni '90) abbiamo assistito a profondi cambiamenti rispetto alla prima impostazione del SSN varata nel dicembre 1978.

Questa evoluzione normativa è stata espressione di una evoluzione concettuale e operativa della Unità Sanitaria Locale. Non si tratta semplicemente del cambiamento giuridico formale ma dell'impianto concettuale.

La componente ospedaliera nella prima fase della Riforma sanitaria del 1978 era del tutto integrata nella Unità Sanitaria Locale salvo i grandi complessi ospedalieri.

Nelle fasi successive di fatto la USL (o ULSS) si articolò in 3 aree: ospedaliera, territoriale, preventiva. Ma le tre aree non sono equivalenti nel senso che l'area territoriale mantiene una missione più complessiva, perché è a partire da questa o principalmente da questa che si definiscono i percorsi assistenziali nella logica complessiva di promozione e tutela della salute dei singoli individui e delle popolazioni afferenti alla rete dei servizi territoriali. È come se la funzione olistica della Unità Sanitaria Locale cedesse gran parte del suo ruolo all'area dell'assistente territoriale.

La struttura organizzativa "classica" delle Aziende sanitarie si basa sulla centralità di unità organizzative e dipartimenti per discipline mediche, ovvero una struttura che privilegia la qualificazione organizzativa e professionale delle varie specializzazioni mediche: il paziente attraversa orizzontalmente le diverse "canne d'organo" specialistiche in luoghi e tempi di fruizione distinti e non coordinati, riponendo su di sé la fatica della ricomposizione o spostandosi nel tempo e nello spazio tra i diversi settori, oppure istituzionalizzandosi presso un ambito di cura. La rete dei servizi territoriali, all'opposto, è finalizzata all'integrazione dei processi a favore del paziente.

Per tutta una fase è stato il Distretto sociosanitario ad assumere il ruolo di livello organizzativo dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria su cui poggiare l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in connessione anche con la realtà ospedaliera e con il settore della Prevenzione collettiva. Ciò al fine di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Ecco allora delinearsi la fase del "Distretto funzionalmente forte" chiamato non solo a garantire la erogazione dei LEA (previsti dal DPCM 29 novembre 2001 e poi dal DPCM 12 gennaio 2017) in materia di assistenza territoriale a partire dalle cure primarie ma anche a svolgere una serie di funzioni che lo rendevano centrale nella rete dei servizi sociosanitari

- \* valutare il fabbisogno e la domanda di salute;
- \* elaborare un'adeguata e condivisa pianificazione strategica;
- \* sviluppare la programmazione operativa delle attività (budgeting);
- \* definire un sistema di obiettivi e indicatori per valutare efficienza, qualità e sicurezza dell'assistenza;
- \* assicurare lo sviluppo di iniziative di promozione/educazione alla salute e prevenzione anche in accordo con il dipartimento di prevenzione;
- \* monitorare buon uso delle risorse, appropriatezza ed equità dei percorsi assistenziali;
- \* facilitare l'accesso all'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali da parte dei professionisti che lavorano individualmente, ma soprattutto in team mono- o multiprofessionali;
- \* creare una rete di presidi territoriali sociosanitari, che comprenda al suo interno il sistema della domiciliarità e residenzialità, servizi sociali, ospedale, ambulatori, dipartimento di salute mentale, SERT, neuropsichiatria infantile ed altri servizi che possano fornire cure in maniera integrata;
- \* creare un sistema informativo integrato che permetta l'interoperabilità dei vari sistemi in dotazione alle figure professionali.

In questa fase (Distretto forte) nel Distretto convivevano due funzioni che meritano di essere declinate con chiarezza in quanto la loro confusione concettuale genera confusione organizzativa: la funzione di Committenza e la funzione di Produzione.

La **funzione di Committenza** riguarda le attività di analisi e la definizione del bisogno di salute; le attività di promozione della salute; la definizione delle strategie di prevenzione in concerto con il dipartimento; il governo dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate

dall'Azienda e assegnate con la politica di budget ed il monitoraggio dei volumi e delle tipologie di tutte le prestazioni erogate al fine di garantire equità di accesso.

La **funzione di Produzione** riguarda tutte le funzioni che si sostanziano nella capacità del Distretto di valorizzare ed integrare realmente i suoi presidi, quali medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e di coordinare l'assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le attività specificatamente dedicate ai soggetti fragili, di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Questa situazione ha iniziato a cambiare quando si è definitivamente consolidata la tendenza a ingigantire le dimensioni territoriali e demografiche della ULSS e, a seguire, dei Distretti.

Questo processo porta trasformare i Distretti sanitari in macrostrutture, con funzioni sempre più spostate sul lato della committenza. La funzione di produzione di servizi tende a ridursi solo alla gestione di alcuni segmenti della produzione di eventi e attività assistenziali. Una macrostruttura più vicina alle esigenze di governo aziendale. Questa situazione diventa di piena evidenza quando si assiste al fenomeno di ULSS mono distrettuali.

### **3.3 Assistenza territoriale e cure primarie**

Il processo che a questo punto comincia a delinearsi è quello per cui l'asse centrale della rete dei servizi operativi territoriali sempre più tende spostarsi sulle cure primarie che si pongono al centro della rete dei servizi operativi territoriali.

Il termine assistenza territoriale è riferibile ad una delle tre aree in cui è convenzionalmente suddiviso tutto l'insieme degli interventi, servizi e prestazioni, a carattere preventivo-terapeutico-riabilitativo, costituenti i Livelli essenziali di assistenza,

1.Area delle Prevenzione collettiva; 2.Area dell'Assistenza territoriale; 3.Area dell'Assistenza ospedaliera.

Il termine Cure primarie è riferibile ad una schematica (e tautologica) distinzione tra

Cure di primo livello afferenti alla competenza della medicina generale

Cure di secondo livello afferenti alla competenza della medicina specialistica ambulatoriale

Cure di terzo livello afferenti alla competenza della medicina ospedaliera

Questa distinzione oggi è stata del tutto superata da una visione del rapporto tra salute e servizi sanitari in cui per tutelare la salute non è dominante il ruolo che viene ricoperto dall'assistenza sanitaria soprattutto quando centrata sull'ospedale come luogo di erogazione e non è prevalente una modalità di risposta al bisogno di salute basta sul "hic et nunc". Prevalente è invece un'assistenza più centrata su bisogni di salute complessi e che richiedono assistenza di lungo periodo. Con la conseguenza che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria deve contare sull'integrazione dei servizi sul paziente determinando trattamenti:

- coordinati e continui nel tempo,
- orientati al soddisfacimento di bisogni di salute individuali e complessi,
- variamente articolati sulla base della combinazione di diverse modalità con cui si presentano nel soggetto le variabili legate agli stili di vita e quelle demografiche, cliniche, assistenziali e sociali.

Tutto questo è possibile ripensando il sistema dalle fondamenta e valorizzando elementi specifici quali: a) il *self management* del paziente e i relativi approcci per il suo sostegno e sviluppo; b) il lavoro in **team multiprofessionali e multidisciplinari** da parte dei professionisti della salute; c) la funzione di **coordinamento organizzativo del case management**.

Il termine Assistenza Primaria (*Primary Health Care* – PHC) è utilizzato per caratterizzare ciò che è necessario garantire agli assistiti che presentano specifici bisogni di salute, che richiedono sia interventi mirati a ridurre l'esposizione a specifici fattori di rischio che trattamenti per condizioni acute e croniche. Le condizioni croniche richiedono interventi a minor complessità specialistica, tecnico strumentale a maggior necessità di integrazione e continuità assistenziale.

Quindi Cure primarie come “tutto l'altro” rispetto alla Cure Ospedaliere

I sistemi sanitari che investono maggiormente nelle cure primarie hanno migliori risultati di salute e promettono di vivere più a lungo e in buone condizioni di salute.

La maggior parte degli studi che mettono a confronto servizi che possono essere erogati sia a livello specialistico sia di cure primarie dimostra che l'utilizzo dei servizi sanitari di base riduce i costi e aumenta la soddisfazione dei pazienti, mantenendo un buon livello qualitativo.

### **3.3.1 I modelli assistenziali**

Sono vari i modelli organizzativi in campo sanitario basati sul concetto di cure primarie ma tutti sono accomunati dalla considerazione che le malattie croniche richiedono una risposta complessa per un periodo prolungato di tempo.

Tale risposta è resa possibile con:

- interventi coordinati da parte di numerosi professionisti sanitari,
- l'erogazione di farmaci essenziali,
- l'uso di appropriati strumenti di monitoraggio clinico
- la promozione dell'empowerment del paziente (chronic care model),
- la partecipazione alle iniziative dei Dipartimenti di prevenzione e dei Dipartimenti di salute mentale (expanded chronic care model e community oriented chronic care model),

Per affrontare questa sfida assistenziale sono state implementate soluzioni e modelli assistenziali in cui sia i medici sia generalisti che specialisti hanno adottato un metodo di lavoro condiviso in modo da poter trattare i pazienti in centri sanitari multidisciplinari e multispecialistici, in cui anche fisicamente operano e si coordinano il medico di medicina generale, il medico specialista, l'infermiere, il fisioterapista e gli altri operatori con professionalità sanitaria. Nella sede comune è possibile una rapida valutazione da parte dei più comuni specialisti con un tempestivo ricorso agli accertamenti diagnostici. Questo tipo di approccio integrale è stato nel tempo recente potenziato da un sistema informativo informatizzato condiviso via web da tutti i professionisti

In alcune realtà, in altri Paesi, sono state realizzate strutture dove lavorano fino a 15-20 medici di famiglia in gruppi di 4-5 unità. Ogni medico segue 1000-2000 assistiti, dispone di un assistente cui sono affidate funzioni burocratiche amministrative e di gestione dei registri dei pazienti. Gli assistiti scelgono il medico di fiducia,



### 3.4 Le cure primarie in Italia e in Veneto

A livello nazionale, la crescita dell'assistenza primaria ha avuto il suo baricentro nello sviluppo delle varie forme di associazionismo della Medicina Generale che, partendo dalle prime esperienze di UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria) si sono diversificate nelle varie regioni, nonostante le nuove disposizioni normative di cui al cosiddetto Decreto Balduzzi del 2012 (AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP- Unità Complesse di Cure Primarie). A titolo esemplificativo di questa variabilità delle esperienze regionali, si può ricordare la esperienza toscana ed emiliana delle Case della salute e quella veneta della Medicine di gruppo semplici e integrate.

Nella Regione del Veneto la implementazione delle Cure primarie è stata legata alla riorganizzazione dei Distretti Socio-Sanitari ed è stato un processo continuo basato su azioni multiple miranti allo stesso obiettivo: raggiungere un modello di gestione dell'assistenza territoriale che assicuri la continuità h24 alla popolazione. In particolare, tale modello si è fondato sullo sviluppo e sul completamento della rete assistenziale attraverso l'implementazione delle cure intermedie, delle cure domiciliari, delle cure palliative e delle cure riabilitative, nonché sullo sviluppo e completamento del sistema informativo, sul potenziamento delle Medicine di gruppo integrate e sulla individuazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)

Già abbiamo ricordato come nel **PSSR 20219-2023**, probabilmente in connessione con l'aspirazione ad una maggiore autonomia regionale connessa al cosiddetto federalismo differenziato (art 116 della Costituzione), **si prospettano innovazioni** in questo campo che da un lato sembra confermare alcuni concetti cardine dell'assistenza primaria ma dall'altro introduce rilevanti modifiche per quanto riguarda la presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza, che **suscitano preoccupazioni**.

Le innovazioni significative riguardano la previsione del **ricorso ad erogatori esterni per attività connesse all'assistenza primaria** ed una estensione del principio di libera scelta anche ai team di assistenza primaria

Vengono distinti due livelli di complessità: - la cronicità "semplice" e la cronicità "complessa ed avanzata".

## 4. La nostra proposta

### 4.1 Dalla forte criticità della situazione attuale al rilancio delle cure primarie e dell'integrazione assistenziale.

Partiamo da valutazione sulla situazione attuale che è fortemente critica in relazione ai seguenti elementi:

- di fatto la Medicina di famiglia (Medicina Generale e Pediatria di Libera scelta) segna una forte difficoltà a svolgere il fondamentale ruolo ad essa assegnata in quanto la dismissione delle preesistenti modalità realizzative (in buona parte derivanti addirittura dalla Medicina mutualistica) non è stata accompagnata da una piena evoluzione verso modalità più orientate alla presa in carico, alla medicina di iniziativa, al collegamento con la medicina specialistica e ospedaliera
- questa evoluzione era in gran parte legata all'implementazione delle varie forme di medicina di gruppo, che hanno invece finito con l'esprimere risposte solo parziali, a volte anche importanti ma limitate (la messa in comune di servizi infermieristici, la condivisione di spazi e di strumenti)

- inoltre, la prospettazione di forme di passaggio all'erogazione da parte di soggetti privati contenuta nel citato PSSR 2019- 2022 suscita ancora più forti preoccupazioni

#### 4.2 Esperienze da tener presenti

Un' esperienza a livello nazionale mirata alla realizzazione di un'effettiva integrazione dei percorsi diagnostico-assistenziali e di fruizione dell'assistenza territoriale con la costituzione delle UCCP è quello delle “**Case della Salute**”. Nel riquadro sintetizziamo tale esperienza.

Secondo la definizione utilizzata in Regione Emilia-Romagna, le “Case della Salute” hanno il compito di:

- \* assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- \* garantire la continuità assistenziale 24 ore al giorno, 7 giorni su 7;
- \* organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- \* rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- \* migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche;
- \* sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;
- \* promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- \* offrire formazione permanente agli operatori.

Lo scopo dunque è quello di realizzare delle strutture che siano facilmente individuabili dal cittadino per accedere ai servizi, in cui sia possibile ricevere servizi di cure primarie integrati e configurati in sinergia con le altre realtà del sistema sanitario, semplificando i percorsi.

La “Casa della Salute” è organizzata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire una risposta immediata al cittadino. In questo modello di assistenza territoriale possono essere identificate alcune funzioni fondamentali dell'attività, che sono: punto unico di accesso, specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico/infermieristica di comunità, diagnostica di base, continuità assistenziale, ADI, farmacia, forme di aggregazione di MMG e PDF. La quantità di servizi presenti può essere soggetta a variazioni e pianificata in modo da avere centri di ordine gerarchico maggiore con maggior disponibilità di servizi, in base a strategie dettate dalle diverse caratteristiche epidemiologiche e demografiche dell'area servita che può esprimere diversi bisogni e quindi richiedere **tre tipologie (grande, media, piccola)**. La tipologia di base della “Casa della Salute” coincide con la sede del Nucleo di Cure Primarie (NCP) ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, mentre nella tipologia più complessa sono presenti i diversi servizi territoriali: cure primarie, salute mentale e sanità pubblica.

Bella la sintesi di B. Saraceno: *Si tratta di **definire una “casa” per sostenere le cure a casa, le più eticamente ed economicamente gradite al paziente, servizi erogati in ambiti prossimali con rispetto dei Pdta e con lo scopo di cortocircuitare i meccanismi usuali di prenotazione (Cup).***

*L'elemento fondamentale di un siffatto progetto è quello di delocalizzare la specialistica, un po' meno sottomultiplo del distretto, ma piuttosto centro di aggregazione di un reale e costante supporto alla domiciliarità.*

#### 4.3 La proposta per Venezia

Rispetto alla Casa della salute, la nostra proposta è quella di lavorare a una ipotesi di **Presidio Sperimentale ad Alta Integrazione per le Cure Primarie – PSAICP**, proponendo una sperimentazione ancora più avanzata, in cui rispetto ai tre livelli di complessità della CdS si individua **un quarto livello di integrazione assistenziale** che permetta una più stringente personalizzazione dei percorsi e dei protocolli soprattutto per le cronicità

La richiesta è quella di consentire nella realtà veneziana un progetto peculiare che tenga conto della particolarità della realtà lagunare, che d'altra parte è riconosciuta anche dalla legge di approvazione del PSSR 2019—2023. In altre parole si tratta di consentire, in via sperimentale ed anche eventualmente parzialmente derogatoria rispetto la normativa vigente, il modello assistenziale territoriale più avanti delineato.

Dal punto di vista amministrativo, la strada potrebbe essere una modifica alla DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 782 DEL 16 GIUGNO 2020: **Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.**

Tale modifica dovrebbe consentire e finanziare la proposta.

#### 4.4 Idee guida alla base del modello

L'erogazione dell'assistenza viene concepita e organizzata in una logica che annulla la separazione fra Medicina di famiglia, specialistica, cure primarie, Ospedale, (ovviamente queste divisioni ci sono, però senza che mai possano essere percepite come tali e possano diventare un ostacolo alla qualità dell'assistenza). La diversità fra due livelli o la diversità di specialità o di tipologia di approccio a una certa patologia, non devono diventare elementi di non comunicazione o di non circolazione degli stessi principi all'interno dell'organizzazione.

Si punta alla prevenzione e alla gestione del paziente fin dalle prime fasi della malattia e, ancor prima, nella stessa fase dell'esposizione al rischio di una certa popolazione, per evitare che le malattie, specialmente se croniche, possano insorgere o aggravarsi.

L'approccio è quello della *Salute a tutto campo (total health)*, con la gestione del paziente sempre nella sua interezza, nella sua globalità e nel senso forte di doverne curare la salute in tutte le sue componenti, in tutti i suoi organi, in tutti i suoi possibili aspetti di debolezza, in tutti i momenti del suo percorso.

La tecnica a tal fine utilizzata è un tipo di gestione integrata e fortemente incentrata sulla prevenzione.

Alla base deve esserci un sistema informativo che deve consentire grandi possibilità di scambio di informazioni, di integrazione fra livelli, di comunicazione con il paziente;

Va garantito un approccio specifico ai pazienti secondo il livello di rischio, con interventi specifici affidati a personale qualificato.

Va anche rilanciata la dimensione sociosanitaria, con una gestione unitaria effettiva di tutte le varie linee assistenziali quindi **non solo le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ma anche le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.**

#### 4.5 Elementi organizzativi del modello

La realizzazione di strutture territoriali che hanno la finalità comune della costruzione di un concerto di salute per la comunità (che potremmo definire *welfare community* o *welfare society*) attraverso un nuovo modello organizzativo di offerta di servizi sanitari e sociosanitari a livello territoriale ha visto le regioni fortemente impegnate. Tale impegno ha dato luogo alla costituzione di strutture o servizi che denominazioni diverse miravano a valorizzare le potenzialità delle cure primarie. Si pensi a: Case della Salute, Presidi Territoriali di Assistenza, Presidi Ospedalieri Territoriali, Centri di Assistenza Primaria, Medicine di Gruppo Semplici e/o Integrate

La presente proposta, sulla base di queste precedenti esperienze sceglie la strada di sperimentare un più alto livello di integrazione fra Medicina di famiglia, specialistica, cure primarie, ospedale, strutture intermedie, con una particolare attenzione alla cronicità.

Il concetto di **Alta Integrazione** si riferisce al fatto che nel nuovo tipo di struttura proposto non si ha semplicemente una convivenza fisica o una vicinanza dei vari singoli servizi accorpatisi in un'unica sede, ma un **alto livello di interconnessione tra i vari contesti e i professionisti che vi operano. In sostanza si propone una interdipendenza tra le varie**

dimensioni dei servizi/interventi sanitari (quella clinica, quella assistenziale, quella amministrativa). E si propone anche una interdipendenza tra i vari professionisti coinvolti (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali interni, Specialisti dipendenti, altri sanitari territoriali ed ospedalieri, infermieri, tecnici sanitari, amministrativi. Con la conseguenza che indipendentemente dalla modalità o dal punto di accesso alle strutture della ULSS, al paziente che ha bisogno di presa in carico di carattere complessivo, essa è assicurata, con la definizione di un Piano terapeutico riabilitativo individuale.

Ciò che si propone è sperimentare un **Presidio ad Alta Integrazione per le Cure Primarie – PSAICP**.

La sperimentazione del modello avanzato di organizzazione delle Cure primarie riguarderà una parte dell'attuale ambito della AULSS n 3 Serenissima.

Si pensa a uno dei 4 distretti di tale AULSS

In particolare, si pensa a:

Distretto Socio-Sanitario 1: Venezia Centro Storico, Estuario.

La popolazione di tale Distretto al 31.12.2019 è di 79.721 ab., di cui 52.143 ab. nel Centro Storico e 27.578 ab. nell'Estuario.

Il Distretto va articolato in tre ambiti territoriali; due nel Centro storico e uno relativo al Lido e all'Estuario

La prospettiva è quella di prevedere che almeno un ambito territoriale sia dotato di un **Presidio Sperimentale ad Alta Integrazione per le Cure Primarie – PSAICP**.

Gli altri due ambiti potrebbero ospitare esperienze di Casa della salute

I servizi sanitari coinvolti sono:

- assistenza sanitaria di base,
- continuità assistenziale,
- assistenza infermieristica,
- assistenza domiciliare,
- ospedale di comunità,
- assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- assistenza specialistica ambulatoriale,
- assistenza riabilitativa,
- assistenza protesica,
- assistenza consultoriale
- articolazione locale dell'assistenza per la salute mentale
- articolazione locale dell'assistenza per le dipendenze
- articolazione locale del servizio farmaceutico

Al Distretto continuano ad afferire gli altri livelli dell'assistenza territoriale anche facilitando gli opportuni rapporti con le strutture sovra distrettuali, quali il servizio farmaceutico, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze,

il Dipartimento di Prevenzione e, naturalmente, l'Ospedale.

La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico sanitaria è affidata ad un **Dirigente medico responsabile**, con incarico di responsabilità definito in maniera modulata rispetto alla complessità della struttura affidata

Tenuto conto del grado di complessità dell'offerta garantita dal PSAICP è da prevedersi la figura di un **coordinatore infermieristico** al fine di omogeneizzare e semplificare le procedure di accesso alle prestazioni ed ai servizi territoriali, sia ambulatoriali che domiciliari, nonché di promuovere l'integrazione ospedale-territorio attraverso una rapida presa in carico nelle dimissioni protette.

#### 4.6 L'oggetto della sperimentazione

Come si vede ciò che si propone è una riorganizzazione dei servizi distrettuali basata su un " **ruolo primario delle cure primarie**", e caratterizzata da:

- messa in rete dei servizi e promozione della continuità assistenziale;
- assistenza basata sulla popolazione e sulla valutazione stratificata del rischio
- differenziazione dei livelli di intensità assistenziale;
- monitoraggio dell'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per valutare l'assistenza erogata ai pazienti **cronici**, grazie a sistemi informativi evoluti;
- l'adozione di linee guida, per pesare eventuali comorbidità e gestire la complessità assistenziale
- ricorso a metodiche e documenti che promuovano la promozione di corretti stili di vita
- promozione dell'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie.

#### 4.7 Una priorità assistenziale: le cronicità

**Il Presidio Sperimentale ad Alta Integrazione per le Cure Primarie – PSAICP** potrà offrire un innovativo supporto assistenziale nella gestione delle cronicità. Infatti, lo stesso Piano nazionale delle cronicità fa un rilevante richiamo all'assistenza primaria come fondamentale presidio di collaborazione e integrazione con l'attività ospedaliera.

Il presidio per le cure primarie può diventare strumento per monitorare i percorsi del paziente cronico, in quanto consente una modalità di lavoro e una multidisciplinarietà che fa capo al medico di famiglia e all'infermiere di famiglia o di comunità, facendone un protagonista delle azioni di collaborazione ai medici specialisti ospedalieri ed ai pazienti.

In questo modo il presidio può diventare la "centrale operativa" per:

- i progetti assistenziali e di presa in carico
- il supporto alla domiciliarità e alla residenzialità dei pazienti cronici
- il controllo della compliance,
- la verifica della esecuzione degli esami di laboratorio,
- la pianificazione delle consulenze specialistiche il rispetto del Piano individuale di assistenza.

Lo stesso Piano Nazionale della cronicità indica delle priorità di cui riportiamo l'elenco per la parte che riguarda i soggetti adulti e anziani:

- Malattie renali croniche e insufficienza renale
- Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn
- Insufficienza cardiaca cronica
- Malattia di Parkinson e parkinsonismi
- BPCO e insufficienza respiratoria cronica

A tale elenco pare doveroso aggiungere il Diabete e l'Ipertensione

L'elencazione sopra riportata è da intendersi come piattaforma minima su cui indirizzare i primi impegni per la costruzione di strumenti metodologici, clinici e assistenziali. Ad essa andranno ad aggiungersi le ulteriori cronicità riscontrabili nella realtà veneziana.

#### 4.8 Strumenti da adottare

Va previsto uno sportello unico di accesso di alta qualità che indirizzi l'utente al/ai servizi che devono essere coinvolti per la gestione in prima istanza del bisogno rappresentato e che interagisca con tutti gli operatori del centro.

Vanno adottate le cosiddette tecniche di *inreach* e di *outreach* e altri strumenti di supporto ai pazienti

- *Inreach* significa raggiungere il paziente quando è "in", cioè, quando è dentro uno dei segmenti della struttura polivalente, sotto gli occhi del medico di famiglia, dello specialista o dell'infermiere; gli operatori, quando intercettano il paziente, devono assicurarsi che, in quel momento, sia consapevole di tutto quello che deve fare, in base a ciò che l'evidenza scientifica indica come corretto per il suo benessere.
- *Outreach* significa andare a cercare il paziente quando non è nelle strutture per ricordargli che deve fare determinati atti, come aggiornare una terapia, eseguire un esame o altro. L'utilizzo dell'una o dell'altra categoria di strumenti dipende dal livello di rischio del paziente, così come l'individuazione del profilo professionale a cui affidarne la gestione. Ad esempio, per pazienti con profilo di rischio più elevato, si vede il coinvolgimento di infermieri particolari con un livello più alto di specializzazione (registered nurse)
- *Strumenti di supporto* alla gestione del paziente, come
  - o una check list che, al momento in cui il paziente si presenta all'ambulatorio, guida il professionista nello svolgimento della visita e nella valutazione delle decisioni giuste da prendere;
  - o un riepilogo delle risultanze della visita, cioè una sintesi delle cose da fare dopo la visita e degli obiettivi per il periodo successivo
- Altri strumenti per instaurare tra paziente e organizzazione un patto sugli obiettivi, con il quale il paziente viene responsabilizzato come attore del proprio percorso di cura. Il paziente va sempre supportato attraverso strumenti di comunicazione (es posta elettronica o telefonate) per contattare e informarsi sulla propria condizione, che lo accompagnano anche nella fase successiva alla visita
- Forme automatiche di raccordo con la specialistica ospedaliera

#### 4.9 Articolazione in fasi

Occorrerà: prevedere più fasi, che qui vengono indicate a scopo esemplificativo .

1. stratificazione e targeting della popolazione;
2. fissazione obiettivi di: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;

3. presa in carico e gestione dei singoli pazienti,
4. erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente,
5. valutazione della qualità delle cure erogate

Pubblicazioni e siti cui si è attinto per preparare questa proposta

- GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA: manuale per operatori di Sanità Pubblica Progetto editoriale del Gruppo di Lavoro Nazionale Primary Health Care della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica realizzato in collaborazione con APRIRE - Assistenza Primaria IN RETE - Salute a Km 0
- L. Ridolfi- Ripensare il ruolo del Direttore del Distretto sociosanitario quale figura strategica per la costruzione di una cultura dell'integrazione e per il miglioramento dei servizi delle cure primarie di Luciana Ridolfi\* Sessione 19 - Integrazione socio-sanitaria e servizi alla persona Paper per la X Conferenza ESPAnet Italia "Il welfare e i perdenti della globalizzazione: le politiche sociali di fronte a vecchie nuove disuguaglianze" Università di Bologna – Campus di Forlì, 21-23 settembre 2017
- L. Ridolfi- Community care quale possibile modello di integrazione sociosanitaria a livello territoriale di Luciana Ridolfi Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa" Milano, 29 Settembre — 1° ottobre 2011
- AGENAS Elementi di analisi e osservazione del sistema salute LA RETE DEI DISTRETTI SANITARI IN ITALIA Quaderni di Monitor n.8 2011
- B. Saraceno - Lezioni per il dopo: salute comunità democrazia – Supplemento a Vita non profit Maggio 2020
- QuotidianoSanità.it - Cure primarie. Ocse: "Il futuro è nei team con medici, infermieri, farmacisti - Lunedì 15 GIUGNO 2020

***A cura di Filippo Palumbo, già Direttore generale e Capo dipartimento della programmazione sanitaria del Ministero della salute.***

***Venezia 24 settembre 2020***