

Analisi della bozza di “Decreto Schillaci”

Case della Comunità e medicina territoriale: una riforma necessaria, ma da costruire con equilibrio e realismo.

La bozza preliminare del Decreto sulle “Linee programmatiche del riordino dell’assistenza primaria territoriale” conferma un problema ormai evidente: il Servizio Sanitario Nazionale sta cercando di affrontare una delle sue criticità più rilevanti, cioè la difficoltà della medicina territoriale -ovvero del sistema delle cure primarie- di garantire continuità assistenziale, presa in carico e prevenzione e di fare la sua parte nella realizzazione di un’integrazione ospedale-territorio ricercata da decenni, ma mai pienamente realizzata.

L’obiettivo dichiarato della riforma è rendere realmente operative le Case della Comunità (CdC - Hub e spoke) previste dal PNRR e dal Decreto ministeriale 77/22, rendendole i Presidi sanitari distrettuali quali centri effettivi e fruibili delle cure primarie del SSN, secondo il numero e la tipologia di CdC previste dal D.M. Il documento ministeriale, infatti, riconosce apertamente che l’attuale modello organizzativo della medicina generale “non appare più sufficiente” a garantire in modo uniforme il funzionamento della rete sanitaria territoriale e la presa in carico dei pazienti e, in particolare, di quelli cronici e fragili.

È una constatazione importante, perché coincide con molte delle riflessioni sviluppate negli ultimi anni da numerosi operatori sanitari e anche dal Prof. Giuseppe Lavra nel suo testo “La Sanità pubblica tricolore dal ’78 al ’26”.

Nel documento del Prof. Lavra emerge infatti con chiarezza il legame tra:

- l’insufficienza dei Servizi del sistema della medicina del territorio;
- il grave sovraffollamento cronico dei PS/DEA;
- la progressiva crescita del disagio che patiscono sia i cittadini che gli operatori sanitari del SSN.

Secondo questa lettura, i Pronto Soccorso ospedalieri sono diventati il luogo dove si “scaricano” tutte le insufficienze organizzative ed operative della medicina del territorio. Ed è proprio questo il nodo gordiano che si tenta sciogliere attraverso questa iniziativa del Governo.

Il “doppio canale”: convenzione e dipendenza

Il documento prevede di trasformare il rapporto di lavoro del MMG in una sorta di doppio canale che rappresenta un ibrido tra il rapporto a convenzione vigente e il rapporto di dipendenza del MMG. In questo “doppio canale” di rapporto si preserva la libera scelta del medico dei cittadini (canale convenzione) e contemporaneamente, si introduce un rapporto di carattere “strutturale” nell’ambito

delle CdC (canale dipendenza). L'attività svolta nell'ambito di questo secondo canale sarà soggetta a un "monitoraggio -che- si fonda almeno sui seguenti indicatori:

a) ore effettivamente svolte nelle Case della Comunità; b) copertura dei turni e delle funzioni programmate; c) numero di pazienti cronici e fragili presi in carico; d) utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico, della telemedicina e del telemonitoraggio; e) appropriatezza prescrittiva e organizzativa.

Nel documento ministeriale è prevista inoltre, una selettiva facoltà di adesione volontaria, ad un rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato dei MMG, se in possesso di specializzazione idonea. Un'altra variabile rispetto all'attuale modello ordinario di rapporto di lavoro del MMG, è la ristrutturazione della retribuzione: una parte fissa (quota dipendenza) e una quota variabile a prestazione (quota direttamente correlata al rapporto di convenzione modulato da n. assistiti). Queste innovazioni relative al rapporto che lega i MMG al SSN, ad avviso di Art32APS, andrebbero meglio soppesate attraverso un confronto serrato con le Organizzazioni Sindacali di settore, che deve poi essere recepito in un nuovo accordo collettivo nazionale. In generale l'aspetto relativo alla rivisitazione del rapporto del MMG col SSN potrebbe anche essere approfondito osservando la funzionalità del modello organizzativo del Servizio Sanitario francese che, per quanto si dice, sembra dia buoni risultati.

Congruità del D.M. 77/22 di riferimento nella riorganizzazione dei Servizi Sanitari del Territorio.

Entrando poi nel merito dell'organizzazione e dell'operatività concreta da svolgere nelle Case della Comunità, non sembra esaustivo ciò che preveda il D.M. 77/22 che ha istituito le CdC, in quanto vi sono previste strutture organizzative che non sono chiaramente definite circa le rispettive competenze operative del Distretto e delle CdC Hub e spoke. Nell'ambito di queste ultime, ad esempio, sono istituite strutture che rischiano di sovrapporsi al rapporto diretto tra équipe proponente e struttura ricevente, se non chiaramente regolate:

- come nel caso delle centrali operative territoriali (**COT**), la quale non sembra rispondere ad un principio di appropriatezza, in quanto si sovrappone all'interazione fisiologica del contatto diretto tra l'équipe proponente che ha conoscenza diretta del caso clinico e la struttura alla quale si chiede accoglienza, creando un'intermediazione inutile e a rischio di creare disfunzioni importanti;
- oppure strutture che non sono funzionali alle vere esigenze della comunità come l'Unità di continuità assistenziale (**UCA**), che si costituisce con *"un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, la cui assistenza comporta una comprovata difficoltà operativa (articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234"*, non è logico fondare su un servizio basato su una caratteristica clinica genericamente definita di «*particolare complessità*», la cui efficacia concreta richiede una definizione più precisa di funzioni, criteri di attivazione e responsabilità operative;

- anche L'Ospedale di comunità (OdC) che istituisce il D.M. 77/22, definito come *“una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio”*, non appare congrua, innanzitutto perché la denominazione di “Ospedale di Comunità” può generare confusione con l'Ospedale per acuti, inoltre non è affatto chiaro cosa possa significare in concreto la supposta *“funzione intermedia”* di tali Presidi, né si comprende con quali mezzi superiori, rispetto all'Ospedale per acuti, l'OdC possa evitare *“ricoveri ospedalieri impropri”*, pertanto, anche l'OdC, sul piano logico, rischia di sovrapporsi a funzioni già proprie dell'ADI, delle post-acuzie, della riabilitazione, degli hospice e delle RSA, se non ne vengono definiti con precisione ruolo, criteri di accesso e responsabilità cliniche; in quanto la funzione di un OdC è ampiamente assorbita dall'assistenza domiciliare integrata, dalle strutture di post acuzie e riabilitazione, dagli Hospice e dalle RSA.
- Inoltre, nel D.M. di riferimento mancano indicazioni chiare e certe in ordine a quale figura professionale assume il ruolo di coordinare i processi di cura. Inoltre, nel D.M. non è chiaro quale sia lo standard del personale non medico in relazione alle due tipologie di C d C.

Il vero tema: organizzazione, non ideologia.

Nel dibattito pubblico il confronto si è spesso concentrato quasi esclusivamente sul tema “medici convenzionati contro medici dipendenti”. Ma la bozza del Decreto chiarisce che il problema reale è un altro: garantire una presenza continuativa, organizzata e certa, all'interno dei Presidi di assistenza sanitaria del territorio.

Secondo il punto di vista di ART32 APS, è questa la chiave di lettura più importante. La questione non può essere affrontata in modo ideologico o corporativo. Il punto centrale deve restare il cittadino. Una riforma sarà efficace solo se riuscirà a:

- rafforzare la prevenzione;
- migliorare la presa in carico effettiva dei pazienti affetti da patologie croniche e fragili;
- ridurre gli accessi impropri ai PS/DEA;
- garantire continuità assistenziale reale;
- alleggerire il carico burocratico dei medici;
- riportare tempo e risorse verso l'attività clinica.
- Inserire proficuamente nelle attività di assistenza la figura degli infermieri e degli altri operatori sanitari in un contesto di benessere organizzativo e nel rispetto di tutte le competenze professionali

Lo stesso documento ministeriale riconosce infatti che senza semplificazione amministrativa, personale di supporto, digitalizzazione interoperabile e telemedicina (ADI - CAD), il nuovo modello rischia di non funzionare.

Le Case della Comunità: opportunità o semplice contenitore?

Il documento ministeriale individua nelle Case della Comunità il “fulcro dei servizi di prossimità”. Ma la vera sfida sarà evitare che queste strutture diventino semplici contenitori edilizi o amministrativi, come purtroppo abbiamo dovuto spesso constatare negli ultimi lustri nelle varie Regioni del Paese, specie del centro sud. Secondo ART32 APS, perché funzionino davvero, le Case della Comunità, quali organismi operativi che fanno capo al Distretto, dovranno garantire:

- l’accessibilità degli utenti;
 - una buona integrazione con gli Ospedali;
 - una dotazione organica di tutte le figure professionali necessarie per erogare le prestazioni;
 - un adeguato e ben funzionante supporto del sistema di digitalizzazione, che sia interoperabile con l’intera filiera dei Servizi Sanitari;
 - una capacità di implementare l’operatività complessa in équipe multidisciplinare e multiprofessionale;
 - che l’organizzazione delle attività da svolgere nelle CdC, sia sufficientemente curata, sapendo che il D.M/77 di riferimento è carente sotto questo aspetto. D’altro canto, non è immaginabile che un Servizio ad elevata complessità e del tutto innovativo, possa ben funzionare senza un organigramma di riferimento che preveda figure di coordinamento dei vari momenti operativi. Tali figure professionali col compito di fare sintesi delle scelte adottate collegialmente, assumendone la responsabilità della funzione.
 - che i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili debbono essere definiti con particolare puntualità e, soprattutto, debbono essere inequivocabilmente definite le referenze per competenza e le rispettive responsabilità dei processi clinici.
 - che tutti gli aspetti organizzativi interni al Presidio, nonché le problematiche assistenziali più rilevanti, devono omologarsi ad un regolamento funzionale di carattere generale di riferimento che deve essere puntualmente discusso e recepito collegialmente negli audit con cadenza almeno settimanale;
- Che le attività clinico-assistenziali che si svolgono nel Presidio siano coerenti al modello organizzativo del lavoro di équipe, in modo tale da realizzare un’armonica integrazione di tutti i componenti nel rispetto delle specifiche competenze e relative responsabilità di tutti i componenti.

Le profonde differenze territoriali del Paese.

Un ulteriore elemento che questo Decreto dovrà necessariamente approfondire per trovare giuste soluzioni in ordine alle enormi differenze territoriali presenti in Italia. Ci si riferisce alle aree interne, rurali e insulari come, ad esempio, la Barbagia, l’entroterra del Campidano di Oristano della Sardegna, oppure alle zone montane e disagiate della Calabria e del Mezzogiorno, che non possono rischiare di essere discriminate rispetto al diritto della tutela della salute.

La posizione di ART32 APS

ART32 APS ritiene che il riordino della medicina territoriale sia necessaria e non più rinviabile. Allo stesso tempo, una riforma così delicata deve mantenere equilibrio tra:

- autonomia professionale;
- integrazione organizzativa;
- sostenibilità economica;
- tutela del rapporto umano operatore sanitario-paziente.

La qualità della sanità territoriale non dipenderà soltanto dalla forma contrattuale dei medici, ma dalla capacità concreta del sistema di prendersi cura delle persone prima che il loro problema di salute degeneri fino all'accesso in emergenza. La vera domanda non è: "il medico sarà convenzionato o dipendente?" La vera domanda è: il cittadino sarà curato meglio, con maggiore puntualità e in modo più umano? È su questo che dovrà essere misurata la riforma.