

Audizione Legacoop presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica su: “Affare assegnato sul potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid” (atto n. 569)

Roma, 14 dicembre 2021

Il cambiamento del contesto socio-demografico ed epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione con i conseguenti nuovi bisogni, l'innovazione tecnologica e diagnostica, rendono indispensabile l'adeguamento degli **standard** delle Cure Territoriali e con essi della Medicina Generale e della Pediatria che ne rappresentano la parte più rilevante.

Recentemente (maggio 2019), l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha sottolineato i reali "punti di debolezza" delle Cure Primarie che sinteticamente possiamo raggruppare in quattro aree: Risorse, Organizzazione, Incentivi, Valutazione. È su queste quattro aree che va concentrata l'attenzione e aperto il confronto per trasformare i Sistemi Sanitari in modalità più inclusive, sostenibili e performanti.

L'esperienza della pandemia ha confermato la necessità dell'adeguamento, rendendola più urgente. Oggi, alla luce delle disponibilità e delle indicazioni comunitarie, oltre alla necessità si presenta una notevole opportunità perché si realizzi l'evoluzione delle cure territoriali.

Il PNRR, nel definire la riorganizzazione delle strutture territoriali, consentirà di realizzare una rete di strutture sede di erogazione di cure, suddivise in sedi Hub, sedi Spoke e residenzialità articolata nelle varie declinazioni (ADI, RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, ecc.). Riteniamo che le sedi HUB siano un reale punto di riferimento con ampie dotazioni, mentre le sedi SPOKE dovrebbero essere concepite con un criterio di diffusione territoriale, con ampia flessibilità, integrazione funzionale anche gli studi medici singoli che costituiscono un supporto indispensabile di prossimità a cui non può rinunciare gran parte del nostro territorio nazionale, pena un ulteriore impoverimento del presidio umano di cui già sono evidenti le conseguenze.

Ma oltre ai contenitori dovrebbe avviare nel nostro Paese la discussione sull'evoluzione dell'intero sistema di cura territoriale, tesa a definire **il contenuto del servizio sanitario** offerto alla popolazione.

Le figure professionali più rilevanti delle cure territoriali sono il MMG ed PLS che operano sulla base di un Accordo Collettivo Nazionale e di Accordi Integrativi Regionali. È quindi indispensabile definire il nuovo ruolo di questa categoria e renderlo integrato con il resto del sistema sia di prossimità che di domiciliarità, sia di cura che di prevenzione, sia di acuzie che di cronicità.

Riteniamo che questi siano gli aspetti rilevanti da valorizzare:

- Responsabilità individuale dell'attività sanitaria;
- Aggregazione obbligatorio in AFT;
- Garanzia di compiti obbligatori e di rispetto di standard individuali e collettivi;
- Regime di Rapporto convenzionale di figura libero professionale con obbligo di garanzia di fattori produttivi individuali e collettivi (sedi, personale di collaborazione, dotazione informatica, strumentazione diagnostica di 1° livello);
- Presenza in Case di comunità Hub e garanzia di copertura di una rete di prossimità diffusa;
- Integrazione con la struttura ospedaliera e partecipazione alla rete di assistenza residenziale (ADI, ADP, RSA, Ospedali di Comunità, Hospice) compresa la condivisione dei dati dei pazienti.

- Integrazione funzionale con il Sistema Sanitario Nazionale attraverso le AFT obbligatorie e la partecipazione prevista in fasi della organizzazione delle Aziende Sanitarie, come previsto nei modelli particolarmente sviluppati da alcune Regioni ;
- reti informatiche di supporto adeguate per consentire la condivisione dei dati tra tutti gli operatori territoriali , sanitari e socio-sanitari, nonché tra questi e gli ospedali.

Il movimento Cooperativo nel corso degli ultimi 20 anni ha costituito una importante rete di aggregazione di MMG e PLS che conta circa 10.000 adesioni, intorno al 20% dell'intera categoria, con presenze sull'intero territorio nazionale, seppure in diversa intensità.

Questo patrimonio di Cooperative costituite ai sensi dell'art 54 dell'attuale ACN ha dato vita ad esperienze positive di innovazione ed ampliamento dell'offerta sanitaria dimostrando la possibilità di mettere a disposizione (con risorse degli associati ed utilizzando previsioni degli ACN ed e degli AIR) sedi, personale di segreteria, infermieri professionali, strumentazione diagnostica, dotazioni informatiche. Esperienze che hanno contribuito anche nella attuale fase di pandemia a fornire il loro significativo contributo, dimostrando la differenza che è in grado di apportare la realtà organizzata.

Il movimento cooperativo, la costruzione di cooperative di servizio tra medici, ha permesso di avere il soggetto con responsabilità giuridica che mette a disposizione i fattori produttivi della professione a favore sia del singolo, che collettivamente, tra l'altro in regime fiscale di esenzione IVA.

Questa esperienza può essere rapidamente estesa quale supporto alle forme di associazione obbligatoria (AFT ed UCCP) previste dall'attuale normativa e garantire:

- Utilizzazione coerente delle risorse umane con la flessibilità professionale ed oraria tipica delle Cure territoriali;
- Ottimizzazione di costi rispetto alle dotazioni fornite direttamente dal SSN;
- Correttezza di rapporti di lavoro compreso l'assenza di ogni forma di speculazione verso il personale dipendente della cooperativa in un regime di costi-ricavi perfettamente allineato;

La cooperazione di servizio tra medici può fornire il suo supporto assumendo, quando necessario, la gestione delle sedi Hub con le garanzie sopra indicate.

La cooperazione di servizio tra medici risulta determinata nella gestione della rete Spoke (concepita sia in forma accentrata che diffusa), garantendo tutti i "fattori di produzione" necessari agli standard che saranno previsti dalla programmazione pubblica per le cure territoriali. Fornitura a tutti i medici dell'aggregazione al fine di conseguire l'omogeneità territoriale del servizio.

Inoltre, i MMG ed i PLS, coordinati nelle coop da loro costituite, come hanno dimostrato felici esperienze già realizzate in varie parti del territorio nazionale, possono intervenire con risorse proprie o di soggetti a loro collegati per la realizzazione della rete di sedi diffuse, che andrebbero ad arricchire il patrimonio di articolazione territoriale di assistenza sanitaria. Il Movimento cooperativo è disponibile per questa impostazione: per attivare concretamente l'ipotesi è auspicabile un preciso indirizzo legislativo che consenta la co-progettazione coerente con la programmazione sanitaria più complessiva.

Complessivamente la cooperativa di servizio a supporto di una o più AFT di Medici di Assistenza Primaria viene ad essere il soggetto accreditato, sostanzialmente in modo automatico ed integrato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Si ritiene, inoltre, che la *salute di territorio* abbia bisogno di un approccio e di un intervento complesso nell'ottica di un **sistema integrato che metta al centro le persone e le comunità**. Partendo dalla figura del medico di medicina generale e dei presidi sanitari di riferimento esprimiamo la necessità di organizzare e gestire una **presa in carico multidisciplinare e dinamica** del percorso della persona attivando i sostegni strumentali e informativi e i servizi atti a garantire la cura e l'assistenza in modo appropriato e sostenibile in linea con le esigenze delle persone e il loro evolversi nel tempo.

In questo alveo assume un'importanza fondamentale la prossimità al territorio e ai problemi di persone e famiglie in condizioni di difficoltà e la promozione dei servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità nella logica del lavoro di rete, inteso come valorizzazione delle reti pubbliche e private del territorio e delle sue risorse formali e informali, già esistenti e da aumentare. **Risulta centrale lo sviluppo di sinergie territoriali attraverso un approccio multidimensionale volte alla costruzione di filiere integrate di servizi di cura alla persona.**

Il tema della mancata integrazione fra sanitario e sociale, fra ospedale e territorio, la sconnessione e carenza delle risorse strumentali e professionali, la frammentarietà della rete e dell'offerta di servizi accompagna da tempo il dibattito sull'appropriatezza del welfare territoriale ed è tornato centrale proprio nel momento in cui l'emergenza sanitaria ne ha acuito le criticità.

Il movimento cooperativo, in linea con questo approccio, si avvale del lavoro delle cooperative di servizio tra medici e delle cooperative sociali, le quali hanno accumulato esperienza e competenze nella organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitarie e nelle gestione delle dinamiche di prossimità e relazione con le persone e i territori concorrendo alla integrazione di interventi che, richiamando l'OMS, tengano conto di tutte le determinanti di salute per la promozione del benessere della persona.

Facendo ulteriore leva sulle lezioni apprese nel corso degli ultimi due anni, le opportunità e le spinte riformatrici che si presentano nel PNRR, con riferimento particolare non solo alla Missione 6 ma anche alla Missione 5, devono poter contare sulla costruzione e consolidamento di un sistema di welfare complessivo e integrato basato su tre livelli di integrazione differenti, ma concorrenti: quello politico, quello culturale-professionale e quello della gestione operativa.

- Politiche di sistema

Lo sviluppo e la gestione di un sistema integrato di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali si fonda sulla **definizione di strategie di intervento comuni a livello Paese che siano in grado di fornire una cornice di intervento guida all'interno della quale innestare una programmazione regionale**, tenendo conto delle diverse dimensioni territoriali delle aree di intervento (aree metropolitane, città con più di 50.000 abitanti, ecc.) e dell'offerta di risorse pubbliche e complementari e/o supplementari al pubblico presenti a livello locale, rispondente altresì alla logica della rete Spoke.

Due degli strumenti necessari. Da un lato un coordinamento, una **cabina di regia utile a delineare e gestire gli ambiti normativi per l'interconnessione dei servizi e le modalità di gestione**, con ruolo chiaro, che abbia autonomia di interfaccia con i diversi attori in campo e che agisca da regia attraverso procedure e strumenti condivisi. Dall'altro una **rete di presidi di welfare di prossimità** (luoghi fisici e virtuali di incontro, orientamento, fruizione di servizi, definizione di interventi aggiuntivi, ecc.) rivolti a individui, famiglie e anziani per fronteggiare e curare le fragilità emerse che possono trovare realizzazione nelle "case della comunità" di cui al PNRR che devono essere luoghi della presenza integrata.

Tuttavia, **il presupposto per attivare politiche di sistema volte alla costruzione di un sistema di cura e assistenza integrato e territoriale è rappresentato dalla co-progettazione**, una modalità concreta e operativa per identificare e condividere linee comuni e obiettivi, metodologie di intervento, requisiti tecnici e professionali, modelli organizzativi e procedure condivise, riconosciuta e valorizzata recentemente da norme di settore (art. 55, comma 5 del CTS) e dalla giurisprudenza (sentenza 131/2020 Corte costituzionale) e che coinvolge appieno la cooperazione sociale che opera in questi ambiti in un ruolo di partnership.

- Dimensione culturale e professionale

Il potenziamento e la riqualificazione del sistema integrato dei servizi territoriali passano anche da una **dimensione culturale** utile a far interiorizzare una **visione chiara, confrontabile e condivisa** tra i diversi attori coinvolti. Occorre superare pratiche e rappresentazioni cristallizzate, decodificare e mettere in relazione i linguaggi dei diversi ambiti di provenienza, **condividere un linguaggio comune e comprensibile a tutti gli attori coinvolti a dare risposta ai bisogni di cura e assistenza ai cittadini.**

Tra le diverse proposte praticabili, si avverte l'urgenza di privilegiare momenti di confronto tra professionisti sui modelli culturali di intervento che potrebbero favorire il raccordo fra servizi e il dialogo fra gli attori e far riconsiderare in modo critico schemi di intervento per categorie che non accolgono forme di presa in carico

globale. In sintesi, una **formazione continua condivisa**, ad esempio tra i committenti pubblici e gli enti gestori dei servizi, **che insieme a logiche di collaborazione consentirebbe di mettere in contatto e valorizzare la pluralità di approcci e il comune retroterra di diverse professioni sanitarie e sociali.**

- **Area gestionale e organizzativa**

La progettazione individualizzata resta l'approccio metodologico e operativo di riferimento per coordinare gli ingranaggi del sistema. Sono essenziali **forme di progettazione individualizzata globale che tengano conto non solo delle dimensioni di assistenza e cura prettamente medica, ma anche di dimensioni sociali e contestuali della persona**, innestate nell'ambito di una filiera integrata nazionale che connetta le risorse pubbliche e complementari al pubblico.

Per rendere questo possibile è necessario incidere su politiche nazionali e regionali di intervento che siano concepite per valorizzare le molteplici componenti della funzione sociale anche attraverso una migliore definizione e regolamentazione degli strumenti normativi, tecnici e operativi che muovono il funzionamento del sistema dei servizi, tra i quali, ad esempio, puntare su **sistemi di accreditamento efficaci e diffusi che attraverso la definizione di criteri oggettivi comuni possano permettere di confrontare i servizi e definire standard di qualità minimi ai quali attenersi a livello nazionale.**

Altro tema strutturale è rappresentato dalla programmazione nella **formazione delle figure sanitarie, soprattutto degli infermieri, e socio-sanitarie.** Il tema riguarda attualmente servizi residenziali e assistenza domiciliare integrata, ma riguarderà in maniera importante l'attuazione del PNRR e la realizzazione dei progetti che riguardano l'incremento della domiciliarità e la medicina di prossimità. **Rinforzare i presidi territoriali vuol dire investire soprattutto in termini di capitale umano e professionale.** L'istruzione e la formazione sembrano lontani dalle vere esigenze del mondo del lavoro, a iniziare dalla pervicacia nel mantenere numeri chiusi sottodimensionati rispetto ai bisogni stimati (del pubblico) e da stimare (del privato). Si parla oggi in molti ambiti di mismatch fra domanda e offerta di lavoro. Questo riguarda anche il mondo della cura alle persone: l'ingresso delle tecnologie nella cura e nell'organizzazione dei servizi, ma anche la riprogettazione dei servizi rende necessaria una formazione, già da livello base, più orientata e aggiornata all'uso di strumenti nuovi, ma anche all'evoluzione del contesto socio-lavorativo. Una co-programmazione che metta a ragionare insieme istruzione, formazione e mondo del lavoro credo possa rappresentare l'unica via d'uscita per intervenire in maniera appropriata su questi temi.

Infine un elemento centrale per lo sviluppo e l'appropriatezza gestionale ed operativa del sistema delle cure territoriali, **l'impiego del digitale e delle tecnologie** che risulta essere un valido fattore di accelerazione non solo nella organizzazione e innovazione dei servizi, ma anche nella loro appropriatezza nonché nella gestione di processi partecipativi e nel rendere realmente operative metriche condivise per azioni di analisi, monitoraggio e valutazione.



Maurizio Pozzi
Presidente di Sanicoop

Sanicoop è la Federazione tra cooperative di medici e di operatori sanitari. Sanicoop è nata per dare una organizzazione autonoma e specialistica alle cooperative operanti in ambito sanitario sul territorio nazionale. Agisce all'interno della politica generale di solidarietà e di sistema fra tutte le imprese aderenti alla Lega Nazionale delle Cooperative e Mutue, con la quale è federata.



Eleonora Vanni
Presidente di Legacoopsociali

Legacoopsociali è l'associazione nazionale di settore di Legacoop, che rappresenta le cooperative sociali costituite ai sensi della legge 381/91 e ssmm, nonché le imprese sociali costituite ai sensi del DL 112/2017. Legacoopsociali associa circa 2500 cooperative sociali che hanno lo scopo di perseguire "l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi sanitari, socio – sanitari ed educativi e lo svolgimento di attività diverse finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate".