

Analisi M6

Michele Usuelli, Consigliere Regionale Lombardia Più Europa - Radicali

Medico Chirurgo, specialista in pediatria

Consiglio Regionale della Lombardia, via F Filzi 22, 20124 Milano

Uff: 02 67482047

Mob: 0039 3201863829

Mail: michele.usuelli@consiglio.regione.lombardia.it

Premessa

Onorevoli colleghi, affido a Sen Richetti e On Sarli queste mie considerazioni in quanto medico di terapia intensiva neonatale, consigliere regionale della Lombardia che da 3 anni studia nel dettaglio il rapporto ospedale territorio, esperto di scrittura e gestione di progetti UE (linee ECHO e B7-6000) ed il mio medico di medicina generale lavora in una casa della salute che frequento da paziente.

Titolo, 2 capitoli

1 M6C1 - Proximity networks, facilities and telemedicine for territorial healthcare assistance

2 M6C2 - Innovation, research and digitalisation of national healthcare service

Analisi Capitolo 1 M6C1

Ottime linee di indirizzo generali, con errori pericolosi. 7,5 miliardi da RRF, di cui 4 per case della salute, 1 per assistenza domiciliare (ADI), 2 per strutture ricovero a bassa intensità di cura.

- 1) **Case della salute**, logical frame work a pag 20. Dal documento pare siamo all'anno zero, ma esistono già molte di queste realtà e dobbiamo costruire basandoci sulle lezioni imparate da queste esperienze. 2,575 case della salute sono davvero troppe, 1 ogni 23,400 abitanti. Il prof Remuzzi nella sua relazione sulla riforma della legge 23, consiglia 1 casa per 60,000 cittadini (1 casa per ogni distretto sanitario), l'Emilia Romagna ne prevede 1 ogni 37,500 abitanti. Come si è giunti a 2,575? E' facile prevedere che troppe case della salute, saranno poi difficili da riempire delle risorse umane necessarie a renderle efficaci, polverizzando il personale sanitario della medicina del territorio. Serve invece che vi sia una massa critica di personale per ogni casa di salute, in modo da farla diventare davvero un luogo di integrazione di servizi. Queste case funzionano se hanno in numero congruo, medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali segretarie e con gli specialisti ospedalieri che lì si recano 1 volta ogni tot giorni. Nella suddivisione dei costi (4 miliardi) vi sono solo 2 voci: infrastruttura ed equipaggiamento. Manca il budget di avvio sulle risorse umane. La rivoluzione delle case della salute si basa sul concetto che i medici di medicina generale siano incentivati a smettere di lavorare da soli nell'angustia di un piccolo studio medico e inizino a lavorare in forma aggregata, in modo da offrire assistenza per più ore la giorno e più giorni a settimana, consultandosi ed aggiornandosi tra loro. In tabella 1 (in fondo al testo studio CERGAS Bocconi) si vede la tendenza a lavorare in forma aggregata in 3 regioni italiane. Le regioni che meglio hanno performato, hanno convinto i medici ad aggregarsi, incentivandoli con partecipazioni alla spesa di assunzione del personale ausiliario (infermiere e segretarie). I soldi risparmiati dalla costruzione di meno case della salute, devono essere investiti per creare le condizioni vantaggiose per i medici che scelgono di lavorare in forma aggregata. Nelle poche case della salute lombarde, mancano del tutto gli assistenti sociali. Senza di loro non può esistere la integrazione vera di socio e sanitario.

- 2) **ADI, assistenza domiciliare.** ADI funziona se è integrata nelle case della salute, per lavorare in sinergia. Le case della salute devono avere gli spazi per ospitare ADI. Realizzare 575 strutture ADI (pag 13), slegate dalle case va contro il concetto di integrazione. Se avessimo distretti da 60,000 abitanti, 1 casa della salute con centro ADI integrato, per ogni distretto, costituirebbe il modello di integrazione dei servizi di territorio (salvo le zone con difficoltà orografica e a bassa densità abitativa). I centri ADI devono essere nelle case della salute (curano la stessa popolazione) e collaborare con le ATS, non nelle ATS (come invece nel log frame di pag 20). Si perpetuerebbe l'errore di affidare a strutture diverse servizi diversi, per la stessa popolazione, rendendo meno comprensibile l'accesso ai servizi da parte dei cittadini. Il personale delle case di salute può lavorare in ADI e viceversa, curando lo stesso bacino di persone (same catchment area). Certamente poi case della salute & ADI hanno uno stretto rapporto coordinato con la loro ATS di riferimento. Anche qui i soldi risparmiati dalla non realizzazione di strutture ad hoc per ADI possono essere impiegate per formazione e per favorire in maniera economica i sanitari che scelgano di lavorare sul territorio, oggi considerati professionisti di serie B rispetto ai colleghi ospedalieri.
- 3) **Community Hospitals (strutture di ricovero a bassa intensità di cura).** Sono previsti 753, 1 ogni 80,000 abitanti. Qui valgono le stesse considerazioni per le case della salute. Come si è giunti a questo numero? Paiono troppi e quindi saranno piccoli e fatteremo a trovare il personale sufficiente che ci lavori in quantità sufficiente per renderli efficaci ed efficienti. Le attuali esperienze di tanti concorsi pubblici per sanitari, che vanno deserti, devono insegnarci qualcosa, ed il rispetto del DM70 impone di legare la qualità delle prestazioni alla quantità (grossi reparti allenano meglio il personale in tutte le procedure, perché se ne fanno di più ed il medico è meno volte da solo. Per ciò offrono una qualità di cura migliore.) Inoltre se sono meno, potranno più facilmente essere riforniti della tecnologia migliore per quel setting (se compro 1,000 ecografi invece di 10,000 posso permettermi di comprarne di migliori). Seguendo il modello del distretto di 60,000 abitanti, pare coerente avere un Community Hospital ogni 2 distretti, 1 ogni 120,000 abitanti, cioè, per 60 milioni di abitanti, 500 in tutto il territorio nazionale. Quindi chiediamo lo stesso quantitativo di danaro per realizzare Community Hospital più grandi, più belli dove ci lavori volentieri più personale sanitario. In questo modo si favorisce la integrazione dei servizi (2 case della salute lavorano con 1 community hospital e magari alcuni medici di casa della salute fanno turni nel comm hospital e viceversa). Ciò genera anche una più facile comprensione per i cittadini delle strutture sanitarie di territorio. Se vivo nel paese x, so che la mia casa della salute è quella e il mio community hospital quell'altro e che esse collaborano tra loro. Infine questo meccanismo facilita anche la gestione manageriale "Casa della salute-ADI-Comm Hospital.

Questa chiave di lettura, che lega i servizi è tra l'altro meglio comprensibile al donatore/prestatore, la UE. Nel documento di testo, infatti non vi è un rationale (non è mai spiegato) sul perché proprio 2,575 case, o 575 ADI, o 753 Comm Hospital, né si dice quale sia il legame tra essi. Ciò rappresenta una contraddizione, dato che la parola chiave del progetto è integrazione tra i servizi territoriali.

Chi valuta il progetto in UE potrebbe pensare (io lo penserei) che i numeri sono stati decisi per far tornare i conti e farli arrivare a 7 miliardi, la cifra richiesta, e non partendo da una analisi dei bisogni dei cittadini.

Capitolo 2

2 M6C2 - Innovation, research and digitalisation of national healthcare service.

Non sono sufficientemente esperto di telemedicina, innovazione tecnologica o ricerca scientifica per dare un parere qualificato. Mi limito ad osservare che i software che saranno utilizzati, dovranno essere uguali in tutta Italia, sia per la telemedicina, che per la cartella clinica elettronica dei reparti, che per il fascicolo sanitario elettronico, in maniera da essere tra loro integrati ed in comunicazione. Inoltre in tal modo, i BIG data di 60 milioni di personale saranno facilmente raccogliibili e studiabili dal sistema pubblico, a beneficio esclusivo della salute dei cittadini italiani.

Associazionismo medico

Distribuzione della modalità di esercizio dell'attività di MMG

Regione	Studio singolo	Associazione semplice	Rete	Gruppo
Lombardia	11%	3%	46%	40%
Veneto	10%	6%	24%	60%
Emilia Romagna	4%	0%	24%	72%

Fonte: Survey a MMG - Rapporto OASI 2019, cap. 11

- «Associazione semplice»: composta da 3 a 10 MMG che condividono e implementano linee guida diagnostiche terapeutiche, ma i cui studi non sono vincolati ad una sede unica e sono distribuiti su tutto il territorio del distretto
- «Rete»: composta da 3 a 10 MMG, è un'evoluzione della medicina in associazione semplice. In aggiunta alle caratteristiche dell'associazione semplice, i medici in rete possono individuare degli studi dove svolgere a rotazione attività concordate e gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili. Inoltre, i MMG in rete possono collegare i propri studi medici tra di loro con sistemi informatici al fine di consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione
- «Gruppo»: composta da minimo 3 e massimo 8 medici, si differenzia in quanto è prevista l'identificazione di una sede unica del gruppo con un numero di studi pari ad almeno la metà dei medici componenti del gruppo. Inoltre, è previsto l'utilizzo di supporti tecnologici comuni per l'attività assistenziale, come per la medicina in rete, e l'utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune, secondo accordo interno



Università
Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management