



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

**Organizzazione e gestione delle Case della Comunità
nell'ambito del riordino della sanità territoriale**

Project work

**Prestazioni specialistiche ambulatoriali
erogate in modalità tele nell'ambito delle Case di
Comunità:
risultati preliminari di un'analisi condotta su un
campione di medici prescrittori**

Mauro Occhi, Direttore sanitario dell'ASL di Asti

Direttore scientifico
Prof. Renato Balduzzi

Anno accademico 2021-2022

Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in modalità tele nell'ambito delle

Case di Comunità:

risultati preliminari di un'analisi condotta su un campione di medici prescrittori

Mauro Occhi

Indice

Analisi del contesto

1. Quadro normativo di riferimento
2. Contesto demografico e sociale
3. Strutturazione attuale del sistema salute in Provincia di Asti – Sistema Ospedaliero
4. Strutturazione attuale del sistema salute in Provincia di Asti – Sistema Territoriale
5. Situazione della Medicina Generale – ASL AT
6. Declinazione del PNRR in Provincia di Asti secondo le progettualità approvate con delibera di Consiglio Regionale
7. Telemedicina e competenze digitali dei professionisti: baseline

Obiettivi

Descrizione dell'intervento

Risultati e valutazione

Considerazioni finali, prospettive, implicazioni organizzative

Bibliografia

ACRONIMI

- **ACN** Accordo Collettivo Nazionale
- **ADI** Assistenza Domiciliare Integrata
- **AGENAS** Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
- **AIFA** Agenzia Italiana del Farmaco
- **CAP** Centri di Assistenza Primaria
- **CDC** Casa di Comunità
- **COT** Centrale Operativa Territoriale
- **DGR** Delibera di Giunta Regionale
- **DPI** Dispositivi di Protezione Individuale
- **EE GG** Enti Gestori Servizi Socio Assistenziali
- **EE.LL** Enti Locali
- **FSE** Fascicolo Sanitario Elettronico
- **HDC** Ospedale di Comunità
- **MG/MMG** Medicina Generale, Medico di Medicina Generale
- **PLS** Pediatri di Libera Scelta
- **PNRR** Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
- **PPI** Punto di Primo Intervento
- **PS** Pronto Soccorso
- **PSDTA** Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- **SIMG** Società Italiana Medicina Generale
- **TM** Telemedicina
- **UCAD** Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

Analisi di contesto

1. Quadro normativo di riferimento

La DGR che in Regione Piemonte ha *sdoganato* le modalità remote di offerta delle prestazioni sanitarie (DGR n. 6-1613 del 3 Luglio 2020 sul tema della “Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza”)¹ nasce ovviamente come reazione dovuta alla insostenibile pressione esercitata dalla pandemia sulle strutture sanitarie. Quindi un atto non pianificato, ma un impeto deliberativo che ha favorito quell’evoluzione tecnologicamente già realizzabile ma non universalmente percepite come necessarie, almeno sino alla primavera del 2020. Nella sua estemporaneità questa DGR si inserisce tuttavia in un percorso di lungo periodo che dal punto di vista normativo ha generato le condizioni per una valorizzazione delle risorse territoriali e una riconfigurazione della committenza esercitata dal territorio nei confronti della produzione ospedaliera. Sono da citarsi nell’ordine la totale rivisitazione della rete ospedaliera (2015) e successivamente della rete territoriale (2016) – azioni che a loro volta nascono dall’esperienza estremamente dura del piano di rientro cui Regione Piemonte fu soggetta a far data dal 2010. A conclusione di questo iter di revisione dell’intera rete dell’offerta, la c.d. *digierre* 3 di fine 2016 (DGR n. 3-4287 del 29.11.2016 avente ad oggetto: “D.G.R. n. 26-1653 del 29.06.2015. Interventi regionali e linee d’indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell’Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute”)² segna un’affermazione politica molto decisa in favore di una sanità territoriale preventiva degli accessi indesiderati alle strutture ospedaliere. E nello stesso tempo porta gli accordi integrativi regionali a valorizzare le forme associative della MG e ad sperimentare (con i gruppi di cure primarie prima e con i CAP successivamente) forme miste di impegno dei medici di famiglia nella transizione dei PS e dei PPI verso dimensioni ambulatoriali e proattivi di intercettazione delle riacutizzazioni. Le numerose case della salute sorte sul territorio piemontese ad imitazione di quanto già sperimentato in Emilia-Romagna e Toscana – per quanto diverse tra loro nell’impatto sugli indicatori di riferimento – hanno rappresentato una realtà contesa dagli amministratori locali e in molte situazioni addirittura di pregio. Per sintetizzare un percorso di commitment politico molto

marcato si può affermare che, quando le circostanze lo hanno richiesto, la politica ha disegnato nel decennio 2010-2020 la sufficiente garanzia normativa per lo sviluppo di reti di offerta integrate.

Con queste premesse, le proposte contenute nella missione 6 del PNRR appaiono più sfidanti per le professioni che per la politica piemontese.

2. Contesto demografico e sociale³

Nel Febbraio 2022 venivano definitivamente approvate da Regione Piemonte le schede progetto relative agli interventi PNRR in Piemonte e quindi in provincia di Asti⁴.

Successivamente alle modifiche apportate alle proposte originali ASL - formulate di concerto con le Amministrazioni comunali – venivano pertanto trasferiti su portale AGENAS i progetti di fattibilità relativi a sette interventi:

- quattro case di comunità (CDC)
- un ospedale di comunità (HDC)
- due Centrali Operative Territoriali (COT).

Il progetto complessivo - derivato dalla declinazione locale del fabbisogno di interventi come espresso a livello nazionale – è inteso a servire una popolazione residente di circa 205,000 corrispondente al territorio della Provincia di Asti, con eccezione di alcuni comuni che pur afferendo alla provincia sono invece serviti dalle ASL di Alessandria e Cuneo.

Trattasi di un territorio di circa 1500 Km² prevalentemente composto da rilievi collinari e con una logistica particolare sì da potersi distinguere una zona nord povera di strade e infrastrutture rispetto ad una zona sud riccamente servita dalla rete stradale, autostradale così come da vivaci attività produttive. La densità di popolazione riflette questa realtà, essendo per oltre un terzo raccolta attorno al capoluogo di provincia e per la quota rimanente soprattutto in grossi agglomerati nella zona sud. Prevale invece al nord una popolazione di ambito rurale e fortemente dispersa.

Dal punto di vista amministrativo la ASL interagisce nell'ambito della conferenza dei sindaci con ben 106 Amministrazioni Comunali – molti dei quali con popolazione residente inferiore ai 500 abitanti - che fanno dall'Astigiano una delle realtà maggiormente frammentate.

Per completare la descrizione delle principali caratteristiche del territorio interessato dall'intervento PNRR si deve considerare inoltre la situazione socio economica di particolare fragilità seguita all'involuzione delle attività produttive degli ultimi anni del secolo scorso; in particolare, la perdita dell'indotto FIAT e la delocalizzazione in Cina di attività produttive di alta specializzazione ha determinato una ripercussione sui livelli occupazionali, solo in parte compensata dallo sviluppo del settore terziario. Mentre rimane molto attivo il settore vitivinicolo del sud astigiano, deve essere segnalata la marcata attrattività che lo stesso esercita su prestatori di manodopera stagionali, prevalentemente dell'Est Europeo.

A fronte della popolazione straniera residente (circa il 12%, la percentuale massima tra le provincie piemontesi), un flusso di lavoratori stagionali non censiti - o residenti ma di incerta capacità contributiva - rappresenta una sfida ulteriore per l'intero sistema produttivo, socioeconomico nonché strettamente sanitario. A margine di quanto sopra, si consideri che le tre comunità maggiormente rappresentate sono quella albanese, la rumena e quella marocchina.

A completare il quadro della fragilità socioeconomica si consideri che il territorio oggetto della progettualità PNRR presenta rispetto alle media regionale il maggiore tasso di abbandono



scolastico, il tasso minore di scolarità e una percentuale di ultrasessantacinquenni pari al 26,4%, il maggiore in Piemonte.

3. Strutturazione attuale del sistema salute – Sistema Ospedaliero



Fig 1 Veduta aerea dell’Ospedale Cardinal Massaia di Asti. Inaugurato nel 2005, elevato di quattro piani fuori terra cui si aggiungono due piani interrati per i parcheggi, il blocco operatorio e i servizi “pesanti”. Dispone di oltre 450 posti letto ed è strutturato con un ampio corridoio centrale in cui si aprono gli spazi ambulatoriali e i servizi. Dal corridoio si dipartono a pettine i padiglioni delle degenze

Fig 2 Ingresso del piccolo presidio ospedaliero di Nizza Monferrato. Edificato sovrapponendo un fabbricato ad un’antica struttura seicentesca, non risponde più agli standard moderni di tipo igienico sanitario ed è in via di sostituzione da parte del costruendo Presidio “Valle Belbo”

In Provincia di Asti sono attivi un presidio ospedaliero maggiore – sede di DEA di I livello – ed un nosocomio di modeste dimensioni, con una prevalente rappresentazione di servizi ambulatoriali territoriali. È inoltre in fase di realizzazione un presidio che andrà a sostituire quest’ultimo, rafforzandone peraltro la vocazione ospedaliera rispetto a quella territoriale. L’Ospedale di Asti è stato inaugurato nell’anno 2005, è sede di D.E.A. di I livello e attualmente dispone di 470 posti letto ordinari (di cui 40 di Lungodegenza e 18 di M.R.F.) e 44 di Day Hospital. Sono presenti 14 sale operatorie, 3 sale parto, 2 sale di Elettrofisiologia/Emodinamica, 1 Terapia Intensiva e 1 U.T.I.C. Per quanto riguarda i Servizi di diagnosi e cura sono presenti: Radiodiagnostica, Radioterapia, Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica e Immunoematologia. Il numero di dimessi per l’anno 2019 è stato di 15.528 pazienti in regime ordinario e 4.909 pazienti in regime di Day Hospital. Nel corso del 2019 sono stati effettuati n. 13.089 interventi chirurgici, n. 1.415 interventi di emodinamica ed elettrofisiologia e n. 1.283 parti. Il D.E.A. di I livello di Asti ha avuto nel 2019 un numero di accessi in Pronto Soccorso pari a 58.738, mentre il Punto di Primo Intervento dell’ospedale minore 8.560. Le degenze di area medica includono un *contenitore* di circa 110 letti di ricovero ordinario coordinati secondo un criterio di intensità di cura (medicina interna, geriatria, lungodegenza e cure intermedie). I reparti chirurgici (ORL, Vascolare, Chirurgia Generale e Ortopedia) rappresentano un’offerta di 106 letti. Le strutture ospedaliere svolgono essenzialmente un servizio per i cittadini residenti, benché alcuni reparti esercitino una discreta attrattività, con flussi misurabili di mobilità attiva di provenienza extraregionale. L’Azienda ha un numero di dipendenti di circa 2.170 unità e circa 300 medici convenzionati. Il bilancio è pari a circa 550 milioni di Euro. Si riporta altresì la suddivisione degli assistiti dell’ASL AT distribuiti per fasce d’età:

	Maschi	Femmine	Totale
Da 0 a 14	12.521	11.803	24.324
Da 15 a 44	31.789	30.377	62.166
Da 45 a 64	30.827	30.894	61.721
Da 65 a 74	12.286	13.118	25.404
Oltre 74	11.238	16.676	27.914
TOTALE			201.529

4. Strutturazione attuale del sistema salute – Sistema territoriale

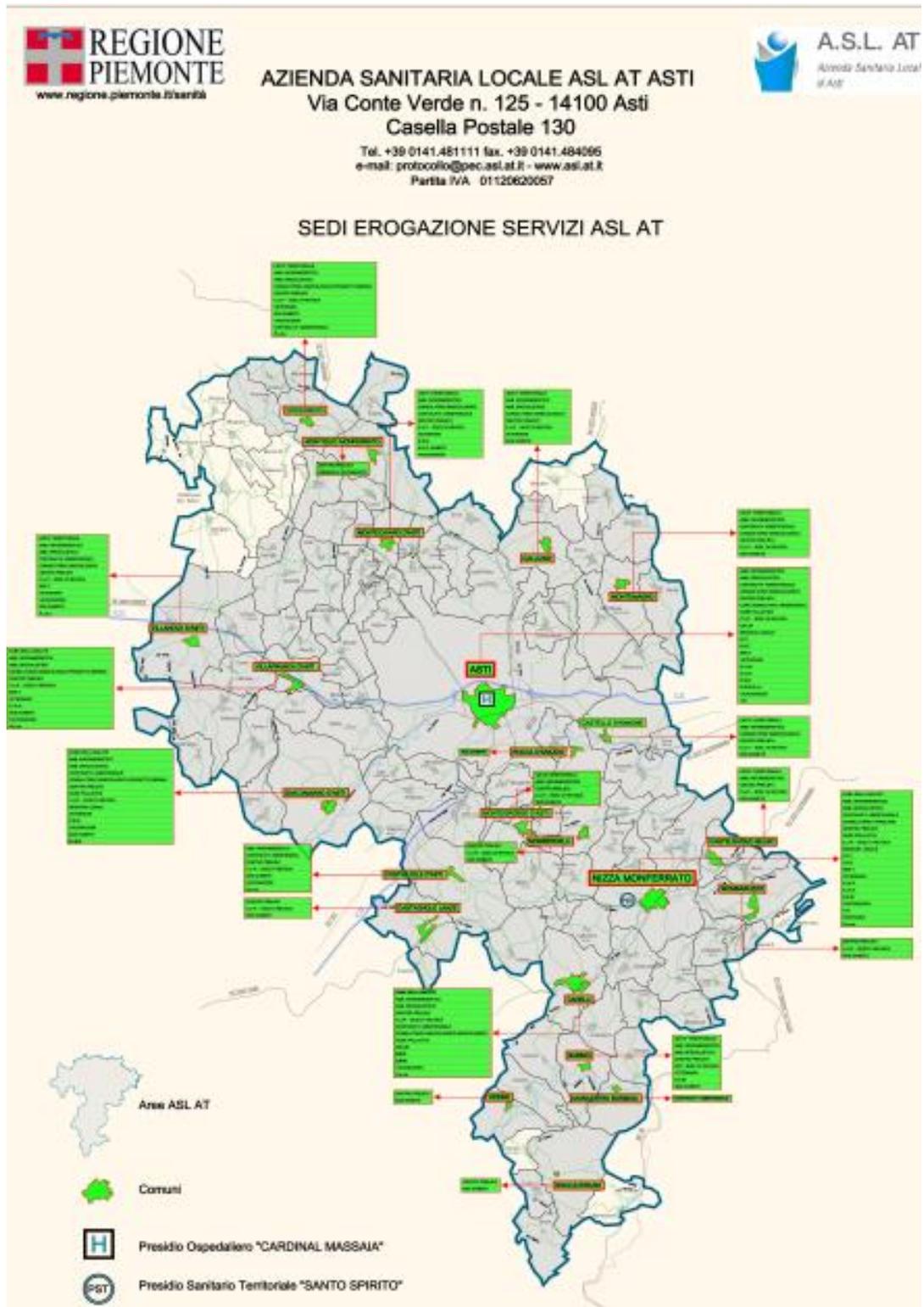


Fig 3. La cornice dei piccoli presidi territoriali in Provincia di Asti

L'A.S.L. AT comprende un territorio vasto, a popolazione dispersa e logisticamente poco favorito dalla rete stradale. Vi operano tre enti gestori delle funzioni socioassistenziali rappresentati rispettivamente dal Comune di Asti e da due enti consorziati.

L'organizzazione distrettuale dell'A.S.L. AT è orientata a garantire il rafforzamento e la riqualificazione di una rete territoriale che storicamente è stata sottofinanziata e non adeguatamente rappresentata: fatta salve la rete delle cure primarie, dove sono sempre stati rispettati i parametri di riferimento del rapporto ottimale (MMG/PLS per popolazione residente), non esiste al momento un'offerta soddisfacente in termini di domiciliarità e di specialistica ambulatoriale.

Il Distretto A.S.L. AT cura, inoltre, la funzione di assistenza sanitaria alla popolazione reclusa nell'Istituto penitenziario.

Nell'atto aziendale di recente emanazione al Distretto A.S.L. AT afferiscono attualmente le seguenti strutture semplici:

- ☐ Integrazione sociosanitaria e tutela delle fragilità;
- ☐ Assistenza Primaria e implementazione PNRR
- ☐ Assistenza protesica;
- ☐ Presidi territoriali

Sul territorio del distretto operano altresì tre case della salute che ospitano le attività dei Medici di Medicina Generale, dell'infermieristica ambulatoriale ad impronta prestazionale e di alcuni specialisti che si alternano a rotazione, senza peraltro un grado misurabile di integrazione (informatica, operativa e assistenziale). Al Distretto afferiscono inoltre le attività di 15 così dette *Unità Territoriali* (piccole sedi di attività sanitarie svolte prevalentemente in strutture di proprietà comunale) che vedono rare attività specialistiche, alcuni ambulatori infermieristici così come le attività di Medici di Medicina Generale, con scarsa propensione peraltro per la piena implementazione delle forme associative cui aderiscono.

In Provincia di Asti operano 131 MMG (45 F, 86 M), 128 dei quali di cittadinanza italiana, la cui età media è di 55,9 anni. In media ogni MMG ha in carico 1286 assistiti.

Dei 131 medici, ben 116 compaiono nell'anagrafe delle forme associative:

- 96 in medicina di gruppo
- 17 in Medicina di Rete
- 3 in associazione semplice

Nessuno di questi tuttavia fruisce, o adotta, procedure di remotizzazione delle visite, fatta eccezione per le modalità più agevoli di prescrizione che sono state prorogate nel periodo emergenziale quali -ad esempio – il confezionamento dei piani terapeutici autorizzati AIFA, operabile in modalità web based.

5. Situazione della Medicina Generale ASL AT

La Provincia di Asti fa esperienza in questi anni di importanti difficoltà nel garantire quanto è sempre stato indiscutibile per il cittadino *tax payers*: la possibilità di scelta del medico curante. Come in altre situazioni meno favorite dal punto di vista logistico (aree montane, ad esempio) la ASL riesce a garantire il c.d. rapporto ottimale e cioè la garanzia di un medico curante ogni 1200 assistiti circa; ma non riesce più a garantire la possibilità di scelta del curante, possibilità di cui invece è ancora possibile fruire sul territorio metropolitano. Questo determina convivenze *indesiderate* in quelle piccole comunità dove una professionista non viene percepito positivamente, che ci siano o meno delle motivazioni sostenibili a sostegno. La semplice interruzione di una facoltà da sempre garantita e cioè quella di potere fruire in libertà di un rapporto fiduciario contribuisce poi negativamente al clima lavorativo e alle interazioni tra curanti, cittadini, amministrazioni comunali e la parte datoriale – la ASL appunto - che a torto o a ragione viene identificata come responsabile unica della qualità dell'assistenza primaria nonostante i medici siano convenzionati e non dipendenti.

A questa prima considerazione sulla situazione della Medicina Generale si aggiunga che la professione, come peraltro in molte altre situazioni sul territorio nazionale, risente in maniera severa di una minore attrattività legata alla scarsa soddisfazione lavorativa e all'immane peso delle incombenze amministrative e gestionali, rese ancora più ardue dalla necessaria riorganizzazione imposta dalla pandemia. Inoltre, analogamente e anche più marcatamente rispetto a quanto si è verificato a livello nazionale nei decenni precedenti, se la figura del medico condotto e del medico *della mutua* si caratterizzava per una certa propensione alla dimensione prestazionale, il passaggio al SSN nel 1978 (e il pagamento in base quota capitaria) ne ha modificato in senso attendista i

comportamenti, a volte nel segno di una vera e propria *delega alla cura*, in attesa delle *riforme della riforma*⁵ che non sono mai arrivate. Per meglio definire come Asti non rappresenti un'eccezione rispetto all'istantanea della Medicina Generale in Italia⁶, si aggiunga infine come la trattativa condotta a livello sindacale in Regione Piemonte per riconoscere economicamente il maggior sforzo di gestione di alcune cronicità ha verosimilmente indotto una più capillare e migliore gestione pazienti ma anche un *over treatment* di alcune condizioni e un verosimile oblio (causa sovraccarico di lavoro) delle patologie non monitorizzate o non monitorizzabili⁷. Peraltro, la refrattarietà al nuovo che potrebbe essere il marchio distintivo di una generazione di medici anziani li ha resi e li rende immuni dalle distorsioni causate dal *disease management* degli anni '90. È rimasta infatti valida – anche nella percezione degli assistiti – una capacità di approccio alla comorbilità e al ragionamento per problemi piuttosto che per diagnosi che ancora fa difetto nei colleghi ospedalieri.

Il combinato disposto dei malesseri della categoria e di quelli strettamente legati alle circostanze locali fanno del *sample* analizzato con questo lavoro una comunità professionale scarsamente motivata e spesso protesa verso un passato di dignità e prestigio professionale che non ha più riscontro nella giornata lavorativa attuale. La maggiore attrattività del territorio metropolitano di Torino inoltre contribuisce alla deplezione costante di figure professionali (negli ultimi cinque anni - in media - 10 MMG lasciano annualmente la loro posizione ad Asti senza la possibilità di esser rimpiazzati ed andando gradualmente verso la sovrasaturazione delle scelte possibili per ogni medico).

La scelta massiva della forma associativa non compensa l'insoddisfazione generalizzata che abbiamo descritto, sebbene produca qualche vantaggio sulla possibile intercambiabilità tra colleghi a fronte degli impegni. L'accesso rimane infatti una criticità di rilievo, soprattutto nei centri urbani, mentre nelle piccole comunità rurali sopravvivono consuetudini percepite come vantaggiose dagli utenti (quali la frequenza degli accessi domiciliari) e che contribuiscono alla idealizzazione della figura del medico. Nel complesso, ben 116 dei 131 MMG prestano il proprio servizio nell'ambito di una forma associativa, di cui 96 nelle Medicine di Gruppo.

Le relazioni con l'Ospedale appaiono destrutturate e limitate ai rapporti amicali tra colleghi o ex colleghi. Alcune iniziative di *uscita sul territorio* da parte di specialisti ospedalieri sono state apprezzate come opportuni apripista di fronte alle necessità di programmazione di ricoveri

ordinari ma la quasi totalità degli accessi in ospedale proviene dal Pronto Soccorso (in specie cronicità riacutizzate) e non esistono PDTA che rendano strutturati i percorsi dei pazienti.

6. Declinazione del PNRR in Provincia di Asti secondo le progettualità approvate con delibera di Consiglio Regionale

Dopo validazione da parte di una commissione tecnica, il livello politico regionale ha formalizzato la scaletta degli interventi PNRR che riguarderanno la ASL di Asti come segue:

- un HDC di 20 posti letto che dovrà sorgere dalla ristrutturazione di un reparto abbandonato dell'ex ospedale situato in area urbana (intervento in cofinanziamento che somma i 2,5 mln di euro ad altri capitoli economici);
- 4 CDC, di cui:
 - una in ambito urbano e stretta prossimità con le degenze dell'HDC
 - una in ambito rurale, situata nel nord astigiano, che risulterà dalla ristrutturazione di uno stabile di proprietà comunale (600 mq, 10 ambulatori)
 - due in aree logisticamente favorite (prossimità di rete ferroviaria, stradale e autostradale) che rispondono ai requisiti previsti in termini sia di superficie che di disponibilità di spazi ambulatoriali
- 2 COT a servire rispettivamente la zona nord la zona sud della Provincia

L'iter di approvazione ha in primo luogo comportato il respingimento dello studio di prefattibilità della ASL che - in ragione della polverizzazione dei piccoli centri del nord astigiano - aveva privilegiato un progetto di totale destrutturazione delle CDC. A fronte della grande enfasi sui processi ricavata dall'esperienza della pandemia (*casa primo luogo di cura* etc..) e da un necessario cambio di paradigma rispetto a quello obsoleto della struttura, il progetto originale per la zona nord prevedeva infatti un intervento complesso, capillare e *leggero* sull'esistente rete ambulatoriale: cablaggio, ristrutturazione, informatizzazione, climatizzazione e umanizzazione degli spazi, dotazione di piccola tecnologia diagnostica, connessione con la piattaforma aziendale di telemedicina ed altri interventi ancora. La scelta politica però è stata quella di optare per l'edificazione e quindi per la diade *un territorio-una struttura*, anche in ragione delle

caratteristiche simboliche e di visibilità richiesta esplicitamente nella missione 6 del documento ministeriale.

Se la decisione di puntare ancora sul paradigma della struttura, contro la proposta dell'Azienda Sanitaria e finanche fortemente contrastata dalle Amministrazioni Comunali dell'Astigiano, possa reggere alla prova non è dato di sapere. Sicuramente trattasi di un atto coerente con quanto espresso nel testo del PNRR e tecnicamente validato da AGENAS. Delle così dette lezioni apprese dal periodo pandemico, peraltro, non rimane che una traccia labile. Il dato proveniente *dal terreno* contrasta pure con i propositi formulati in ambito accademico⁸, ove si cita *l'autonomia strategica illimitata* che viene consentita dal PNRR. E dove (una sorta di lapsus) si pone l'accento sugli *interventi cantierabili*, un termine che sa di edilizia più di quanto voluto dagli autori stessi del Rapporto OASI 2021.

Nel complesso comunque è previsto un intervento per quasi 9 mln di euro che si caratterizza - come del resto quelli previsti su tutta la penisola - per una marcata rappresentazione di costi fissi e per un'incerta definizione dei costi correnti (es: personale) rappresentando questo un tema ancora da svilupparsi soprattutto in ragione dei limiti nel superamento del tetto di spesa del personale il cui rispetto le aziende sono richiamate periodicamente.

A fronte di questa discrepanza costi fissi/spese correnti, che è comune a tutti i previsti interventi PNRR nazionali, si definisce quindi nella fattispecie una problematica del tutto locale che riguarda la casa di comunità di ambito rurale. Le tre case di comunità più favorite dal punto di vista logistico riusciranno comunque a offrire una certa quota di prestazioni specialistiche (e di interazioni multidisciplinari) poiché ancora discretamente attrattive dal punto di vista della figura professionale dello specialista convenzionato. Non così invece per la CDC di ambito rurale. Essendo inverosimile la possibilità di mobilitare figure specialistiche ospedaliere (in continua crisi di numeri e con la marcata accentuazione del tutto recente di questo fenomeno), rimane solo lo strumento della prestazione telemediata per far decollare il dialogo tra le figure delle cure primarie e quelle delle specialità ospedaliere.

Per quanto riferibile ad un'esperienza locale e limitata, emergono proprio nel momento di iniziale attuazione del PNRR alcuni limiti da affrontarsi organicamente per poter conseguire un successo misurabile nell'avvio delle case di comunità: il profilo culturale dei professionisti coinvolti

è tra questi: esiste o meno in loro la competenza e/o la disponibilità ad uscire dalla *comfort zone* dell'accesso fisico all'ambulatorio da parte del proprio paziente anche quando evitabile? Qual è il grado di alfabetizzazione e competenza digitali del medico prescrittore nel 2022? Quali margini di intervento consentono gli attuali contratti di lavoro, alla vigilia di un dialogo necessario tra dipendenti e convenzionati? Quali sono le prospettive perché la CDC esitino in un modello superiore e maggiormente costo efficiente rispetto all'esperienza delle Case della Salute?

7. Telemedicina e competenze digitali dei professionisti: baseline

L'accezione con la quale riferiamo delle esperienze aziendali di TM è quella di *soluzioni capaci di disaccoppiare l'atto medico/infermieristico dalla compresenza degli attori interessati*⁹. Presso la ASL di Asti lo sviluppo della TM è un obiettivo messo in capo nel corso del 2020 a diverse strutture aziendali, coordinate dalla SS Ingegneria Clinica, ma non esteso ai professionisti convenzionati.

L'erogazione di visite in modalità tele da parte delle strutture ambulatoriali ospedaliere costituisce ancora una parte minima della produzione ambulatoriale totale. A Marzo 2022 gli ambulatori specialistici che erogavano televisite presso il Presidio Ospedaliero Cardinal Massaia di Asti erano i seguenti:

- Diabetologia
- Endocrinologia
- Nefrologia
- Dietologia
- Malattie Infettive
- Urologia

con una produzione 2021 attestata sulla cifra esigua di 1540 prestazioni sul totale delle 252,894 erogate dalle medesime unità operative in regime ambulatoriale (0,61%)¹⁰. Altre e diverse modalità di remotizzazione delle visite sono state praticate nel periodo pandemico sebbene attraverso piattaforme commerciali o contatto telefonico, quindi non tariffate e con un'incerta aderenza ai protocolli validati in merito a confidenzialità del dato e trattamento dei dati personali.

Queste piattaforme inoltre – impiegate in deroga a quanto disposto dalle linee guida nazionali e regionali - non hanno consentito la redazione di referti né tantomeno l'integrazione con il pacchetto dati del FSE. Queste modalità – giustificate nella loro estemporaneità dal periodo emergenziale - sono state praticate in specie dalle figure professionali mediche ed infermieristiche nell'area del disagio (Neuropsichiatria Infantile, Servizio Sociale Aziendale, Salute Mentale) con lo scopo duplice di raggiungere una coorte di pazienti fragili e di decongestionare la struttura ospedaliera che ospita la maggior parte degli ambulatori nonostante la loro vocazione territoriale.

Nel complesso quindi l'istantanea della *telemedicina* - a 20 mesi di distanza dall'approvazione della DGR che ne autorizza l'estensione dell'impiego - vede ancora modestissimi volumi di attività formalizzate e riconosciute, complice anche l'assenza di una piattaforma rispondente ai requisiti di norma (refertazione, confidenzialità del dato e privacy in primo luogo). E comunque nessuna di queste prestazioni è a favore della MG, bensì prevalentemente rivolta ai *frequent flyer* degli ambulatori ospedalieri della cronicità. L'appalto per la gestione di tutti i servizi informativi e informatici dell'ASL – ora in via di affidamento – prevede ovviamente anche la piattaforma di TM e con essa l'aspettativa di un deciso aumento dei volumi di erogazione.

Quanto alle competenze digitali dei professionisti, queste non sono mai state oggetto di valutazione analitica, sebbene sia certamente da considerarsi obiettiva e documentabile – per i medici ospedalieri come per i MMG – la sussistenza degli skill di base come può risultare dagli accessi agli applicativi aziendali e dall'impiego dei comuni server di posta elettronica. In sede ospedaliera sono comuni le pratiche di affidamento di devices finalizzati al monitoraggio domestico di condizioni croniche (cardiologia, pediatria) ma i dati dei monitoraggi – che non entrano nei flussi regionali – sono interpretati come complemento diagnostico e annotati in cartella.

Per quanto riguarda la MG, nessuno dei 131 medici possiede abilità di programmazione, ma alcuni adottano o importano le query necessarie per un impiego dei più comuni software di riferimento o per interrogare i sistemi sulla casistica dei propri assistiti. Frequente è tuttavia la pratica di richiedere all'azienda affidataria dei servizi informatici aziendali le varie possibili elaborazioni su una base dati fornita *ad hoc*. Il milieu culturale – contesto nel quale permane il ricordo positivo legato alle condotte mediche - giustifica, peraltro, una certa dose di ritrosia nei

confronti delle pratiche di telemedicina, considerate una contraddizione della *vera pratica clinica* che riconosce nel contatto fiduciario il vero valore della medicina di famiglia.

Nel complesso quindi **a)** le molteplici applicazioni utilizzabili sono in larga parte ancora da sistematizzare, **b)** alcune dimensioni di interazione medico paziente sono già ora attive e documentabili nei flussi regionali, sebbene in volumi modesti, altre verranno presto messe a sistema, **c)** alcune applicazioni di TM sono ancora da esplorare (es: teleriabilitazione, geolocalizzazione) e verranno incluse nel nascente piano aziendale di sviluppo.

Obiettivi e destinatari coinvolti

Il lavoro qui proposto fa parte quindi di un assessment condotto dalla Direzione Aziendale inteso a valutare le dimensioni irrinunciabili della partecipazione professionale all'evoluzione del SSN come disegnata dal PNRR (in primis competenza digitale e associazionismo), assumendo l'invarianza delle condizioni contrattuali nazionali e l'istituzione della CDC sul territorio astigiano a fronte dell'impegno economico necessario (oltre 9 milioni di euro).

Più precisamente, ci è parso che in un sistema dove si propone un diverso concetto di accesso e dove si promuovono nuovi approcci alla professione quali:

- dematerializzazione dei processi
- digitalizzazione delle interazioni
- interoperabilità tra sistemi informativi
- teleconsulto tra professionisti di diverso inquadramento contrattuale

così come molti altri *upgrade* dei professionisti salute, conoscere in dettaglio la predisposizione degli stessi e la *baseline* delle conoscenze sia cruciale. Questo sia al fine di misurare correttamente le aspettative (e quindi la comunicazione ai cittadini e alle Amministrazioni locali) sia di programmare le azioni necessarie a colmare il gap formativo e fornire un utile ritorno di informazioni in sede di negoziazione degli accordi integrativi regionali (in Piemonte fermi al palo da alcuni anni). Crediamo peraltro che sia utile anticipare quali possano essere i potenziali predittori della volontà dei camici bianchi di assecondare tale evoluzione; è altresì desiderabile conoscere l'incidenza delle diverse variabili nel grado di

accettazione della sfida digitale che è sottesa all'ingresso nelle CDC, nonché calibrare correttamente le interazioni tra azienda sanitaria e professionisti convenzionati.

A sostegno di questo approccio non si sottovalutino le lezioni apprese nei decenni scorsi quali l'incerta ricaduta sull'assistenza che hanno avuto le forme associative della MG, pensate per agevolare l'accesso ma non sufficientemente impattanti. Queste avrebbero potuto essere in realtà disegnate meglio (o con un diverso grado di coerenza contrattuale) se solo fosse stato studiato l'aspetto comportamentale che negli anni l'ACN ha promosso nei MMG².

Ad invarianza legislativa, pertanto, il grado di permeabilità al nuovo riteniamo costituisca un'area da studiare sia nei *provider* dei servizi salute che nella cittadinanza. Questo lavoro pertanto offre un contributo – tra i molti possibili sul tema – nell'ambito della medicina di famiglia, soprattutto nelle interazioni richieste dal PNRR all'interno delle COT e delle CDC tra la rete dei MMG e gli specialisti, di area ospedaliera o meno.

Abbiamo inteso quindi considerare le possibili interazioni reciproche tra medico prescrittore, medico specialista ed altre professioni di fronte alle possibilità offerte dagli strumenti di telemedicina. Altri lavori prima di questo hanno considerato l'*acceptance rate* dei medici specialisti mentre il nostro si focalizza sui medici di medicina generale, cioè su quel settore delle cure primarie identificabile come sede di committenza e prescrizione. Le incognite che gravano sull'ingresso dei MMG nelle CDC e sull'augurabile switch verso dematerializzazione, digitalizzazione dei processi e telemedicina – nell'attesa di una legislazione più vincolante – sono molteplici e di varia natura:

- la rivisitazione o meno dell'ACN
- i volumi di visite specialistiche che possano essere effettuate con pari vantaggio (rispetto all'accesso fisico) in modalità tele
- i vantaggi che possano essere previsti sia per i cittadini utenti che per le attività condotte negli studi dei prescrittori e degli specialisti
- le patologie e le aree specialistiche che possano essere maggiormente suscettibili di virare verso - e di giovare delle - dimensioni della televisita e del teleconsulto. E in che misura

- il grado di predisposizione del MMG ad identificare nelle CDC il luogo di formazione permanente continua che deve sostituire il paradigma obsoleto della pratica singola e infine
- quali i vantaggi prevedibili nell'operare in modalità *smart* nelle CDC rispetto a quanto già consentito dalle comuni forme associative.

Descrizione dell'intervento

Considerate tutte le premesse di base, in particolare le nuove opportunità offerte dai provvedimenti emergenziali assunti nel corso della pandemia, il presente studio è stato condotto sul tema delle applicazioni di telemedicina (teleconsulto, televisita, telerefertazione) nell'ambito delle costruende CDC. Su questa area di attività vi sono assunzioni ancora da verificare, prima fra queste il fatto che ai nuovi assetti contrattuali seguirà l'ingresso dei MMG nelle Case di Comunità. E ancora: che l'adozione delle nuove tecnologie trovi un impulso nella nuova formulazione delle cure primarie che ha nelle CDC lo snodo di rilievo. È richiesto anche uno studio preliminare della propensione dei medici stessi ad un'adozione così estensiva delle tecnologie disponibili. Questo anche al fine di programmare per tempo gli eventuali cambi nell'organizzazione del lavoro (orari, accesso, tariffazione, partecipazione alla spesa etc). È necessaria, inoltre, una valutazione preliminare delle implicazioni prevedibili in termini di accesso e realizzazioni di comunità di pratica. A questo stadio di implementazione del PNRR, infatti, altro non è possibile se non una serie di ipotesi e di speculazioni che configurino gli scenari possibili nell'impegno della MG.

Sul contesto provinciale di Asti – servito peraltro da 131 MMG – le ipotesi applicative dell'impiego della TM nella CDC sono state investigate tramite la somministrazione di una check list strutturata e l'elaborazione successiva dei risultati ottenuti.

Il setting di questo lavoro è rappresentato pertanto dagli studi dei MMG e dagli uffici del Distretto Socio Sanitario dove si sono svolte le normali riunioni di UCAD (o di Comitato Aziendale) a margine della quali sono state somministrate le interviste.

La somministrazione della check list e la sua compilazione è avvenuta dopo un colloquio informativo sullo scopo dello studio, anche finalizzato ad ottenere il consenso alla partecipazione. Il colloquio, inteso preliminarmente come breve, si è spesso esteso sino ad assumere una conformazione meno disciplinata sul modello a tipo consenso informato e più assimilabile alla

composizione di uno stato dell'arte della MG, sia locale che nazionale. I contributi come espressi liberamente dagli intervistati fanno parte di alcune considerazioni espresse nella sezione *Risultati e Valutazione* di questo lavoro.

I dati - raccolti su scheda cartacea nell'immediatezza del colloquio o compilati in un'intervista telefonica - sono stati poi anonimizzati su foglio excel a vantaggio del valutatore e di successive possibili analisi statistiche.

Nel complesso la check list comprendeva 16 items divisi in tre sezioni colorate:

- la prima – colore giallo - era relativa ai dati di rilievo per comporre una demografia della pratica medica e dell'ambiente di lavoro del MMG
- la seconda – colore azzurro - verteva sull'esperienza di TM dell'intervistato
- la terza – colore verde - era relativa al setting delle CDC e all'appropriatezza delle medesime come sede di attività di TM rispetto all'esperienza consolidata di associazionismo.

Prima della somministrazione ai MMG del distretto di Asti è stato condotto un test pilota su dieci MMG di un altro distretto piemontese i cui dati non sono stati inseriti in valutazione ma utilizzati unicamente per ottimizzare l'erogazione della check list.

Di seguito il format della check list come appariva al medico cui veniva sottoposta per compilazione:

Indicare il numero che corrisponde alla risposta prescelta

			Risposta
1	<u>Sede dello studio</u>	1. Sede urbana 2. Sede rurale	
2	<u>La tua età</u>	1. 25-30 2. 30-39 3. 40-49 4. 50 – 59 5. maggiore di 60	
3	<u>Numero di assistiti</u>	1. < 500 2. >500 < 1000 3. >1000 < 1500	

		4. >1500	
4	<u>Genere</u>	1. M 2. F	
5	<u>Ev. specializzazioni</u>	1. Si 2. No	
6	<u>Ev corso di formazione M.G</u>	1. Si 2. No	
7	<u>Effettui videochiamate dirette ai tuoi pazienti per finalità di controllo parametri o stato di salute?</u>	1. Mai 2. Raramente 3. E' una pratica abituale per i soli assistiti che lo richiedano 4. Lo faccio abitualmente su mia proposta	
8	<u>Negli ultimi 30 giorni quante tele visite (videochiamate) stimi di avere effettuato valendoti di smartphone, tablet o altro dispositivo?</u>	1. 0 2. < 10 3. >10 < 100 4. > 100	
9	<u>Quanto frequentemente ricevi videochiamate dagli assistiti per finalità di cura?</u>	1. Mai, non prevedo slot dedicati per le videochiamate dei pazienti 2. Mai, nessuno si vale di questa possibilità nonostante la mia disponibilità 3. Ogni volta che un mio assistito	

		lo richiede	
10	<u>Quali sono gli specialisti per i quali avresti il maggior interesse a richiedere un teleconsulto</u>	1. Cardiologo 2. Dermatologo 3. Neurologo 4. Pneumologo 5. Radiologo 6. Pediatra 7. _____	
11	<u>Quale modalità di teleconsulto tra professionisti ritieni possa dare i maggiori vantaggi</u>	1. Tra MMG e specialista 2. Tra infermiere del distretto e MMG	
12	<u>Quali sono i pazienti che maggiormente si avvantaggiano di una visita in modalità tele?</u>	1. Il paziente acuto 2. Il paziente cronico 3. Il “grande anziano” allettato 4. Il paziente cronico riacutizzato	
13	<u>Quale applicazione di telemedicina ritieni sia più utile per il MMG</u>	1. Telerefertazione di esami strumentali (es: ECG) 2. Telemonitoraggio successivo ad un primo accesso 3. Teleconsulto 4. Videochiamata o remotizzazione del colloquio	
14	<u>Modalità attuale di conduzione delle attività di studio</u>	1. Medicina in rete 2. Medicina di gruppo 3. Medicina in associazione 4. Studio singolo	

15	<p align="center"><u>Ritieni che considererai positivamente la richiesta di ingresso in CDC successivamente alla sua attivazione</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sì 2. No 3. Dipende dalle regole di ingaggio 	
16	<p align="center"><u>Ritieni che spostare la pratica di studio all'interno di una Casa di Comunità sia un fattore decisivo nella scelta di ricorrere maggiormente a strumenti di telemedicina</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sì, se mi verrà fornita la tecnologia necessaria e/o un riconoscimento economico 2. No, la telemedicina è applicabile già ora 	

Nel colloquio introduttivo che ha preceduto la compilazione della check list veniva esplicitata altresì la definizione dei termini sui quali potevano insorgere equivoci di interpretazione e nella fattispecie:

- **Televisita:** interazione a distanza con l'assistito del MMG come remotizzazione di un colloquio inteso ad accertare le condizioni di salute a fronte di una richiesta specifica dell'utente o sulla base di un'azione proattiva di intercettazione del bisogno da parte del curante, anche nell'ambito di un PSDTA. La televisita può definirsi tale anche se mediata dal supporto di un caregiver
- **Teleconsulto:** interazione a distanza tra professionisti intesa a condividere i dati di un assistito e/ o concordare sull'avvio o prosecuzione di un percorso di prevenzione, diagnosi o cura, anche nell'ambito di un PSDTA. Il teleconsulto può avvenire indifferentemente in presenza o assenza del paziente

Il colloquio è apparso come uno dei fattori motivanti di maggior rilievo, in particolar modo considerando l'approccio di *warm up*, finalizzato a chiarire il rationale sottinteso dalla check list e dalla sua compilazione ragionata. L'invio per posta elettronica dei primi inviti ha esitato infatti in

un elevatissimo numero di rifiuti (non espliciti) che hanno motivato pertanto il ricorso al colloquio personale, che sebbene gravato da un elevatissimo impegno in termini di tempo ha garantito la raccolta di un numero non indifferente di contributi. I colloqui in realtà hanno esitato in un *outcome* molto superiore a quello pur valido della compilazione della check list; ad esempio è stato definito in maniera abbastanza oggettiva quanto era già evidente a livello aneddotico sul tema delle fonti di informazione utilizzate dai MMG, rappresentate in ordine di importanza da:

- a) il parere estemporaneo del collega,
- b) il colloquio con l'informatore del farmaco,
- c) l'occasione formativa offerta nell'ambito di corsi offerti da entità commerciali,
- d) la pubblicistica scientifica.

Tra i fattori che condizionano questa gerarchia sono emersi l'accesso fisico alle fonti suddette e l'accessibilità intellettuale alle stesse, condizionato quest'ultimo da fattori quali gli skills linguistici e le competenze digitali. Peraltro, come immaginabile, i medici anagraficamente più giovani hanno dimostrato di sapersi maggiormente emancipare con riferimento alle fonti della letteratura scientifica. Ancor prima di procedere con la valutazione delle informazioni riportate dalle check list compilate ha assunto quindi rilievo l'insieme - qualitativo e non sistematizzato - delle osservazioni raccolte durante i colloqui. Da queste derivano alcune implicazioni operative, prime fra tutti la convenienza di allargare ai MMG le suggestioni di ricerca di solito indirizzate agli specialisti ospedalieri. Questo potrebbe avere importanza sul filone dell'*Health Seeking Behaviour*, ad esempio, che da decenni fa parte delle ricerche di letteratura (ma non al nostro livello nazionale) i cui avanzamenti dovrebbero informare l'attività di policy making. In secondo luogo, l'assistenza alla MG fornita attraverso opportunità formative diversificate - e purificate da indesiderabili conflitti d'interesse - consentirebbe di aumentare le percezioni positive nei confronti dell'istituzione e avvicinare la dimensioni ospedaliera a quella territoriale ben oltre il già evidente *digital divide*.

Ancora lontani dal considerare la medicina di famiglia come disciplina accademica - come peraltro è evidente da tempo in altri paesi - è però possibile sconfiggere la percezione fallace e deleteria di una minore dignità della professione rispetto a quella del medico *intensivista* o del ricercatore.

In definitiva, il quadro della MG come emerso in occasione di questa consultazione preliminare alla somministrazione della check list non appare sostanzialmente diverso rispetto ad altri contesti nazionali fatta eccezione per generiche peculiarità locali, tipiche peraltro delle aree logisticamente poco favorite e quindi meno attrattive per il giovane neolaureato. Parliamo di una professione che si è allineata ovviamente alla direttiva europea del 1986 che obbliga i paesi membri ad istituire un tirocinio vocazionale per i futuri medici di famiglia e che nel 1999 ha istituito un curriculum di formazione specifica che include sei mesi di tirocinio presso un ambulatorio di medicina generale. Tuttavia, al momento non esiste una specializzazione accademica né una formazione che abbia un respiro più ampio di un prodotto autoreferenziale che viene elaborato all'interno della stessa MG. Le recenti posizioni espresse in sede accademica come reazione post pandemica alle necessità formative delle cure primarie, così come le reazioni di alcune voci sindacali ai possibili conflitti d'interesse insiti nella formazione dei MMG¹¹ sono state rimandate al mittente, né è immaginabile una svolta a breve termine. Lo standard europeo trasferisce a livello universitario la formazione dei MMG ma – appunto- con rari sostenitori a livello italiano. Il medico di famiglia, pertanto, si forma tra i propri simili e aggiunge nel tempo qualche evento di aggiornamento, in genere non coerente nella sequenza. Se si può identificare quindi una missione aggiuntiva per l'esperienza della CDC è quella di eliminare la concezione di una medicina del territorio – e nello specifico della medicina di famiglia – cui bastano e avanzano i sei anni di formazione universitaria di base. Le aspettative legate alle CDC - e quindi le maggiori diffidenze che permangono in merito – sono quella di una formula organizzativa che possa contrastare la percezione della rete delle cure primarie come una forma di medicina più *facile*. La stessa terminologia (*medicina di base*, *medicina generale* etc) ha contribuito nel tempo all'idea che la vera medicina si faccia in ospedale e che questa corrisponda alla gestione dei casi clinici più complessi. Una medicina generale che sia definita come *quello che resta* una volta tolte tutte le competenze specialistiche, è il vero paradigma da contrastare con l'istituzione delle CDC.

Al contrario, la creazione di un sistema integrato di cure primarie che riconosca al proprio stesso interno una serie di livelli diversificati di interventi, la generazione di un sistema finalizzato al mantenimento delle autonomie della persona e al contrasto all'ospedalizzazione inappropriata, rappresenterebbe non solo il vero successo della missione 6 del PNRR, rappresenterebbe finalmente il vero riconoscimento della realtà epidemiologica. Questa, infatti, non è rappresentata dall'oggetto dei case studies più complessi, bensì dalla base vastissima di una società affluente,

sedentaria, ipernutrita e portata a record di longevità da un sistema salute che rimane generoso. Una base popolazione cui modificare gli stili di vita in primis.

Sottolineato ancora una volta il significato produttivo di un colloquio esteso alla maggior parte dei MMG da parte da un'azienda *committente* spesso vissuta con insofferenza - o comunque senza riconoscerne veramente un ruolo di partenariato – viene esposta di seguito la compilazione delle risposte ottenute.

Nella interpretazione delle stesse si consideri come gli errori o le incongruenze di compilazione siano state sottratte al computo finale per cui in corrispondenza di alcune domande le risposte totali ottenute possono differire dal numero atteso di 93.

RISULTATI

		Risposta
<u>Sede dello studio</u>	Sede urbana	46
	Sede rurale	45
<u>La tua età</u>	25-30	3
	30-39	8
	40-49	7

	50 – 59	34
	maggiore di 60	41
<u>Numero di assistiti</u>	< 500	5
	>500 < 1000	4
	>1000 < 1500	28
	>1500	54
<u>Genere</u>	M	70
	F	23
<u>Ev. specializzazioni</u>	Si	35
	No	56
<u>Ev corso di formazione M.G</u>	Si	36
	No	55
<u>Effettui videocchiamate dirette ai tuoi pazienti per finalità di controllo parametri o stato di salute?</u>	Mai	59
	Raramente	23
	E' una pratica abituale per i soli assistiti che lo richiedano	8
	Lo faccio abitualmente su mia proposta	3
<u>Negli ultimi 30 giorni quante tele visite (videochiamate) stimi di avere effettuato valendoti di smartphone, tablet o</u>	0	74
	< 10	9
	>10 < 100	8

<u>altro dispositivo?</u>	> 100	0
<u>Quanto frequentemente ricevi videochiamate dagli assistiti per finalità di cura?</u>	Mai, non prevedo slot dedicati per le videochiamate dei pazienti	66
	Mai, nessuno si vale di questa possibilità nonostante la mia disponibilità	11
	Ogni volta che un mio assistito lo richiede	16
<u>Quali sono gli specialisti per i quali avresti il maggior interesse a richiedere un teleconsulto</u>	Cardiologo	57
	Dermatologo	41
	Neurologo	7
	Pneumologo	4
	Radiologo	6
	Pediatra	2
	Altri/Tutti	22
<u>Quale modalità di teleconsulto tra professionisti ritieni possa dare i maggiori vantaggi</u>	Tra MMG e specialista	80
	Tra infermiere del distretto e MMG	11
<u>Quali sono i pazienti che maggiormente si avvantaggiano di una visita in modalità tele?</u>	Il paziente acuto	14
	Il paziente cronico	45
	Il “grande anziano” allettato	15
	Il paziente cronico riacutizzato	13
<u>Quale applicazione di telemedicina ritieni sia</u>	Tele refertazione di esami strumentali (es: ECG)	47
	Tele monitoraggio successivo ad un primo accesso	19

<u>più utile per il MMG</u>	Teleconsulto	22
	Videochiamata o remotizzazione del colloquio	3
<u>Modalità attuale di conduzione delle attività di studio</u>	Medicina in rete	10
	Medicina di gruppo	65
	Medicina in associazione	10
	Studio singolo	5
<u>Ritieni che considererai positivamente la richiesta di ingresso in CDC successivamente alla sua attivazione</u>	Si	29
	No	23
	Dipende dalle regole di ingaggio	41
<u>Ritieni che spostare la pratica di studio all'interno di una Casa di Comunità sia un fattore decisivo nella scelta di ricorrere maggiormente a strumenti di telemedicina</u>	Si, se mi verrà fornita la tecnologia necessaria e/o un riconoscimento economico	52
	No, la telemedicina è applicabile già ora	41

Risultati e valutazione

La principale limitazione di questo lavoro è ovviamente rappresentata dall'esiguità del sample investigato che, dal punto di vista numerico assoluto, non è di certo rappresentativo per poter istruire adeguatamente future decisioni di policy aziendali o regionali. Inoltre, il potere statistico di quanto si può inferire da questi numeri non consente di identificare differenze significative tra i gruppi che compongono l'insieme dei MMG di Asti.

Tuttavia, i medici che hanno collaborato a questa istantanea (93) rappresentano percentualmente una quota tale da consentire di indirizzare alcune posizioni locali ed assumere orientamenti o decisioni che – pur sempre nell’ambito della cornice contrattuale dell’ACN - hanno una valenza di rilievo per la ASL (ad esempio: la contrattazione degli obiettivi aziendali e gli accordi relativi al programma formativo annuale).

1. Tra i valori che riteniamo di poter attribuire a questo lavoro – seppure modesto nella sua strutturazione e nella potenza limitata delle conclusioni statistiche – c’è quello di avere disegnato una baseline di riferimento a Marzo 2022 per quelle dimensioni che meritano ulteriori approfondimenti a livello di ASL (ad esempio la propensione ad un vero associazionismo e all’ingresso nelle costruende CDC) così come di consentire follow up seriatim nel tempo. Inoltre, l’area della MG è così raramente oggetto di investigazione e di analisi organizzative che il solo fatto di aver incentivato la discussione sulle forme di aggregazione territoriale ha indotto un utile confronto interno che ha alimentato dibattito, partecipazione e motivazione. Dai colloqui che hanno preceduto la somministrazione della check list è inoltre emerso il tema della partecipazione della MG alla dimensione della ricerca, argomento che in un contesto locale è sempre passato in subordine rispetto al piccolo cabotaggio mutualmente accettato, che si trattasse del governo della spesa farmaceutica o del progetto obiettivo per le modalità di accesso alla fornitura degli ausili protesici. Sebbene non sia ancora disponibile – neppure nella letteratura nazionale - un’analisi rigorosa dei fattori che inibiscono o facilitano la partecipazione della MG a protocolli di ricerca, è tuttavia stato esposto in questa sede il ruolo potenziale dell’immenso database a disposizione dei MMG. E sono stati identificati con dovizia di particolari gli step da superare nel tempo: analizzare e monitorare l’adesione dei MMG ai protocolli di ricerca, misurarne l’aderenza agli stessi, fornire un aggiornamento costante sugli studi in uscita a livello nazionale, governare i fattori che possono contribuire a facilitare la partecipazione e a vincere le resistenze nel cimentarsi con questa dimensione.
2. Sono stati proposti in totale 104 colloqui preliminari alla compilazione della check list e sono state valutate come valide per la successiva analisi solamente 93 schede. Otto medici non sono risultati raggiungibili nei giorni di erogazione delle schede e 19 hanno rifiutato sostenendo di non essere interessati al colloquio. Il rationale a supporto dell’esclusione di undici schede compilate è essenzialmente rappresentato dalla scarsa coerenza delle

risposte prodotte o da marcate contraddizioni evidenti all'intervistatore. Nel complesso le 93 schede giudicate valide per essere sottoposte ad analisi costituiscono l'89% delle schede raccolte che a loro volta rappresentano il 71% dei medici di medicina generale della Provincia di Asti. Pertanto:

Totale MMG ASL AT: 131		
Intervistati e validati		93
Intervistati non validati		11
Rifiutano l'intervista		19
Irreperibili		8
TOT		131

3. Fatta una premessa sul significato non trascurabile degli elementi ricavati dal colloquio, un secondo elemento da rappresentare in sede di discussione è quello della dichiarata diffidenza nei confronti dell'ipotesi di ingresso nelle CDC. Ventitré hanno infatti nettamente rifiutato l'ipotesi di ingresso in una struttura ASL mentre 41 – quasi il 50% - lo condiziona all'ipotesi di accordo, ove per accordo si può includere sia la trattativa economica che la valutazione delle condizioni lavorative ed ambientali. Solo il 31% del nostro campione ritiene favorevole questa prospettiva, confermando peraltro le posizioni di estrema cautela che a livello nazionale sono già state espresse dalle rappresentanze sindacali. Pesa indubbiamente su questa posizione di scetticismo documentata ad Asti l'esperienza negativa della conflittualità accentuatasi durante la fase pandemica in Piemonte. Sebbene l'evento scatenante delle tensioni tra il SSR e i MMG fossero allora (Marzo 2020) da ricondursi alla polemica sui DPI e su chi dovesse pesare l'approvvigionamento, si trattò allora di una riaccensione di un antico motivo: se cioè si

dovesse riconoscere maggiormente la natura libero professionale del servizio offerto o piuttosto il ruolo svolto dalla MG come servizio di salute pubblica. La polemica avvelenò allora il clima lavorativo e condizionò pesantemente l'adesione alla campagna vaccinale che iniziò al Capodanno successivo. Al di là dei numeri ricavabili dall'analisi delle check list compilate, trattasi di una posizione diffusamente manifestata su tutto il territorio nazionale e che potrà essere modificata – più che dalle abilità persuasive degli attori locali – unicamente da provvedimenti o proposte contrattuali che venissero originati dal livello regionale e nazionale. Il documento attualmente in esame alla Corte dei Conti¹², forse un po' enfaticamente definito come un'attualizzazione dell'ACN, è in realtà una cornice teorica dentro alla quale saranno le singole Regioni a dover produrre lo sforzo concreto di trattativa sindacale per portare *dentro* i MMG. Le CDC – viste come l'anticamera non gradita di un futuro rapporto di dipendenza che snaturerebbe la natura libero professionale della loro attività – vengono percepite con delusione come un'operazione immobiliare nel contesto della quale i MMG potranno esercitare alcune delle attività che già svolgono, prevalentemente spingendo un po' al limite il concetto di Hub & Spoke, dove l'Hub è rappresentato dalla sede del distretto e lo spoke è lo studio del medico. In pratica una rivisitazione solo semantica del rapporto che già ora è stabilito tra sedi ASL e studi dei medici. Il rationale dietro a questa posizione apparentemente poco conciliante nei confronti della Missione 6, viene generalmente riferito come un'avversione nei confronti della visione paventata dal PNRR: quella di una Medicina che è Generale ma solo di nome perché di fatto si accredita per le prestazioni di tipo specialistico che le vengono chieste (esecuzione di indagini diagnostiche, ad esempio) e quindi il contrario di quello che è il DNA del medico di famiglia. Che medico *generico* vuole rimanere.

Da una prospettiva asettica, quale deve essere quella osservazionale di questo studio, la prima conclusione da potersi trarre è che sia già ora in discussione il prezzo politico da pagarsi a fronte delle grandi aspettative suscitate dal PNRR. Se saranno ripercussioni locali o nazionali non è dato sapere, ma è già prevedibile con notevole grado di precisione che alla data del Dicembre 2026 (quando le risorse non spese del PNRR dovranno essere ritornate) il livello di partecipazione delle attività MMG nelle strutture pubbliche sarà solo un pochino incrementale rispetto a quello ora vigente. Di fatto due dati non conciliabili con quello che sia chiama *successo* di un programma di salute pubblica.

4. Entrando analiticamente nella valutazione della check list, l'immagine ricavabile dalle domande di definizione del campione costruiscono un'immagine di un medico anziano, maschio, con un'educazione medica formalmente bloccata al giorno della laurea (o solo parzialmente declinabile nell'area territoriale) e con un numero di assistiti vicino o sopra al massimale. Secondo i dati ricavati dalle competenze amministrative del distretto l'età media dei 131 medici è di 56 anni (mediana: 58 anni). Non sorprende quindi che tra gli intervistati il numero di quanti superino i 50 anni rappresenti circa l'80.% del totale. Si aggiunga che le colleghe rappresentano solo il 24% del campione e il numero di medici in possesso di un diploma di specializzazione (vecchio ordinamento) è di 35 sul totale dei 93 intervistati. Il numero medio di assistiti supera i 1500 in 54 casi (58%) degli intervistati. Se sono pochi quanti posseggono una specializzazione, il Corso di Formazione in Medicina Generale – di recente introduzione – non può che essere scarsamente rappresentato in un campione composto prevalentemente da ultracinquantenni.

5. Alle domande riguardanti la *digital literacy* o – meglio – lo stato dell'arte nell'adozione delle tecnologie che favoriscono televisita o teleconsulto, seguono le risposte più attese in questa tipologia di campione: il ricorso allo smartphone risulta ad esempio - come immaginabile - limitato e parziale, sebbene dal punto di vista del MMG sia la parte aziendale che il sistema regolatorio regionale abbiano messo mano solo recentemente alla liberatoria per la telemedicina; è solo con una delibera del 2020 infatti che viene consentita la tariffazione e validazione legale della prestazione telemediata. Sull'ambito regionale, molto meno sulla Provincia di Asti, la delibera del 2020 ha prodotto un deciso ricorso verso queste modalità di erogazione delle prestazioni, come si evince dall'immagine seguente



Sull'interpretazione di questa reticenza servirà un necessario approfondimento da compiersi a cura della ASL nei prossimi mesi. Pesa come sempre il preconetto che la telemedicina possa sostituire il rapporto fiduciario e il tradizionale rapporto con l'assistito, fatto anche da comunicazione non verbale e prossimità. Nel caso servirà, nei confronti dei medici curanti, rinforzare un messaggio incentrato sulla sussidiarietà dello strumento tecnologico. Inoltre, sarà compito del settore comunicazione dell'azienda sanitaria così come della Direzione aziendale, sottolinearne i potenziali benefici: a) qualità di vita del paziente (cure al domicilio e no ospedalizzazione o trasporto), b) riduzione dei costi appunto di trasporto e ricovero, c) possibilità di accesso alle prestazioni, d) facilitazione dell'integrazione tra specialisti ospedalieri e medici delle cure primarie, e) empowerment del paziente e del gruppo familiare.

Da una query lanciata sull'applicativo regionale dell'anagrafe sanitaria (AURA, Archivio Unico Regionale degli Assistiti) sono circa 48,000 i potenziali e primi beneficiari di un sistema di telemedicina capillare attivo in Provincia di Asti, pari al numero di pazienti con esenzione per le prime cause di cronicità, con oltre 150,000 prestazioni di specialistica ambulatoriale annualmente erogate verso questa sottopopolazione. Considerando le implicazioni suesposte (spostamento e costi delle cure erogate in ospedale) trattasi di un margine di efficientamento molto evidente e di costi evitabili molto elevati.

Dall'esperienza di Telemedicina condotta ad ora in Regione Piemonte risulta che la fascia di età che ad ora se ne avvantaggia maggiormente è quella dell'utente esperto e che ha conservato

la propria autonomia e mobilità. Tuttavia, un maggiore sforzo di comunicazione deve essere prodotto perché non si confonda la scarsa alfabetizzazione digitale del soggetto anziano con l'impossibilità di veicolare prestazioni telemedicate. Asti a maggior ragione dovrebbe esplorare questa dimensione in ragione dell'età media che risulta essere la più elevata in Piemonte¹³. Le implicazioni operative di questa analisi, pertanto, includono non solo la revisione dei PSDTA ma pure un percorso di alfabetizzazione digitale dei professionisti, il miglioramento delle competenze necessarie all'adozione della piattaforma digitale e - non ultimo - i provvedimenti aziendali necessari alla creazione di agende dedicate con slot specifici di garanzia per i MMG. Un approccio omnicomprensivo così configurato dovrebbe scongiurare le limitazioni insite negli approcci amicali o informali tra assistenza territoriale e specialistica ospedaliera. Non comprese tra le dimensioni contemplate nel questionario, il counselling professionale così come l'area della riabilitazione potrebbero inoltre far parte delle indagini successive e più approfondite.

6. Al pacchetto di domande relative al target ideale delle attività di telemedicina (quali attività per quali pazienti), le risposte paiono dimostrare idee ricorrenti e coerenti in merito ai potenziali pazienti beneficiari (in larga maggioranza - 50% - cronici), ma la CDC pare rimanere periferica nei pensieri del MMG; la modalità di impiego preferibile rimane quella della tele refertazione, che nel dibattito locale è declinata soprattutto nella possibilità di ricevere sul proprio applicativo i referti di esami ematochimici o strumentali per i quali è stata *staccata* una normale impegnativa dematerializzata. Di fatto quindi una *utility* tecnologica per un'attività condotta in termini tradizionali. Nulla che faccia percepire i vantaggi di una comunità di pratica quale quella che si andrebbe a stabilire nelle CDC. In linea teorica potrebbe peraltro avere contribuito a questa risposta la lunga consuetudine di servizi informatici esternalizzati, quindi meno predisposti alla propositività rispetto a servizi costruiti dall'azienda sanitaria *in house*.

Per i soli scopi della futura organizzazione interna delle agende sono invece da annotare quali sono le figure specialistiche maggiormente richieste per un'eventuale consultazione *real time*: cardiologo (61%) e dermatologo (44%), risposte che casualmente riflettono anche l'ordine con il quale sono elencate tra le sette possibili. Peraltro, siamo abbastanza confidenti che non si tratti di un bias poiché cardiologia e dermatologia

costituiscono le due aree di attività più frequentemente oggetto di offerta formativa negli ultimi anni.

Quanto al partner di un teleconsulto, il MMG pensa più all'acquisizione di pareri specialistici (86%) che non alla collaborazione con un infermiere di comunità o del distretto, risposta che non sorprende a causa sia della limitata esperienza di collaborazione con competenze infermieristiche (scarsa attivazione di ADI, ad esempio) sia della ancora approssimativa conoscenza delle potenzialità legate all'infermieristica di iniziativa. Escono quindi un po' ridimensionate le aspettative che proiettano la MG nell'ambito di una collaborazione multiprofessionale integrata, mentre prevalgono le suggestioni di una professione modernizzata nell'operatività ma configurata in senso tradizionale.

7. Infine, la valutazione complessiva delle risposte alle ultime due domande – quella relative alle CDC e al loro ruolo potenziale nella promozione di forme alternative di offerta – è una valutazione che fotografa con precisione lo stato di perplessità della categoria in questi mesi. I sì incondizionati all'ingresso nelle CDC pesano infatti solamente per il 31%. La maggior parte dei MMG è attendista o addirittura negativo sulle possibilità di entrarvi (per la precisione il 44% lo condiziona a quelle che saranno le regole d'ingaggio). Il 44% poi scinde le funzioni di telemedicina dall'offerta delle CDC, ritenendo che nella strutturazione delle medesime le attività tele-mediate non debbano ricevere necessariamente un impulso.
8. Le iniziali valutazioni statistiche (test CHI quadrato) confermano come tutte le variabili considerate non dimostrino che una scarsa correlazione.

Considerazioni finali, prospettive, implicazioni organizzative

In sintesi, questo primo rilevamento risulta un'iniziale base di evidenze che merita di essere arricchita ed integrata al fine di consentire una programmazione dei servizi sostenibile nell'ambito delle comunità dell'Astigiano. Nel tempo si dovrà interrogare più estesamente e più completamente il sample presentato in questo lavoro in modo da

- confermare o meno alcune delle risposte ottenute (es: reticenza all'ingresso nelle CDC),
- formulare nuove domande con implicazioni operative (es: quali condizioni devono essere soddisfatte per contrattualizzare i MMG all'interno delle CDC)

- estendere le domande di rilievo sulle prospettive delle CDC ad altri attori locali (es: specialisti ambulatoriali)

Tralasciando la dimensione speculativa di questo lavoro – debole e bisognosa di maggiore strutturazione statistica – è tuttavia importante sottolineare come l'istantanea di questa piccola comunità di professionisti rifletta con una certa coerenza il quadro nazionale di sostanziale *attesa* rispetto ai grossi temi sostanziali:

1. disponibilità effettiva di risorse - anche in riferimento alla congiuntura internazionale;
2. evoluzioni della trattativa di revisione dell'ACN;
3. governance e strutturazione organizzativa di COT e CDC
4. strutturazione della collaborazione/integrazione tra diversi soggetti istituzionali (ASL, EE.LL, soggetti del terzo settore etc)

Sul primo tema, ad esempio, la Regioni sono chiamate ad un robusto impulso delle attività territoriali, ma nello stesso tempo paiono sull'orlo di un nuovo Piano di Rientro, che di fatto bloccherebbe il turnover del personale alla sola sostituzione delle cessazioni. **Del secondo tema** abbiamo già parlato e più che l'esortazione ai MMG ad entrare nelle CDC da parte del Legislatore fanno rumore le previste turnazioni biorarie¹⁴ (indistinguibile, per ora, da un ritorno alla dimensione prestazionale) o le malinconiche affermazioni dei sindacati, secondo i quali *peggio di così non può più andare*¹⁵, secondo l'affermazione un po' millenaristica riportata sulla rivista della FIMMG.

In merito al terzo tema, sia nel c.d. Decreto Rilancio (DL 34/2020) che nel PNRR, poi regolato dal decreto-legge n.152 del 2021, si fa cenno all'implementazione di strutture di prossimità senza tuttavia entrare nel merito delle *regole di ingaggio* dei professionisti che vi operano. Il Legislatore formula poi il testo del PNRR ove i riferimenti al ruolo del Direttore di Distretto (ruolo di coordinamento e indirizzo) non mancano, mentre sono molto meno convincenti quelle relative al ruolo di Direzione della struttura e soprattutto alla mappa delle responsabilità, peraltro complessa da ricostruire considerando la natura interistituzionale delle attività che vi si svolgono. E considerando, più semplicemente, che se esiste l'attribuzione di un potere di Direzione questo va a riprodurre un confronto/scontro in atto da sempre e mai risolto, quella tra Azienda Sanitaria e Medici Convenzionati. Alcune interessanti proposte – nello specifico quelle relative alla

governance del processo di transizione alla CDC - sono peraltro già in discussione a livello accademico¹⁶ e promettono ricadute operative nel medio termine, soprattutto nel definire

- i livelli istituzionali sovraordinati rispetto alla CDC
- i livelli decisionali e di responsabilità

Il quarto tema infine promette di essere meno conflittuale ma più complesso da risolvere. Tralasciando il budget di salute, argomento non più centrale, perlomeno nel testo del PNRR, una componente non minoritaria, quella relativa all'integrazione delle funzioni informative ed informatiche, non potrà che essere risolta con gare di estrema complessità e capitolati tecnici omnicomprensivi che potranno vedere la luce solamente nel medio-lungo termine. La condivisione di un *budget unico di comunità* che vada ad includere la componente sanitaria e quella socioassistenziale si scontra invece con la radicata appartenenza delle professioni alle proprie radici e quindi con le rispettive diffidenze. Il modello delle Società della Salute di Regione Toscana testimonia delle grandi difficoltà a realizzare l'integrazione desiderata¹⁷ ma nello stesso tempo ha costituito un banco di prova sul quale fondare il percorso delle CDC

Quali considerazioni personali sulle prospettive che si aprono all'interno dell'azienda sanitaria astigiana attraverso la lettura di questi risultati si aggiunga quanto segue:

- rilevanza dei percorsi informativi e formativi che riguardano i soggetti politici e professionali della comunità:
 - per i tecnici e professionisti: formazione alla complessità, educazione alla visione di sistema, orientamento alla peer review;
 - per i profili di responsabilità delle istituzioni coinvolte: orientamento alla condivisione dei dati e alla condivisione delle risorse;
- rilevanza del cambio organizzativo richiesto: armonizzazione dei territori distrettuali e degli ambiti sociali, riequilibrio delle forme incentivanti e degli obiettivi contrattuali per i diversi attori del sistema, istruzione di processi deliberativi regionali che preparino la cornice contrattuale ed istituzionale per una piena implementazione del PNRR;

- rilevanza dell'acquisizione e/o formazione di figure di salute pubblica emancipate dalla propria radice professionale (sociale, medica, infermieristica, legale, economica etc) e orientate al governo di sistemi complessi;
- sollecita individuazione di un regolamento e di un organigramma delle COT (due) e CDC distrettuali (quattro) da sottoporre alla conferenza dei sindaci;
- attivazione di una piattaforma aziendale di TM estesa a dipendenti e convenzionati;
- allineamento del sistema degli obiettivi distrettuali (MMG, PLS, specialisti convenzionati) ed aziendali
- piena adozione degli strumenti di dialogo interistituzionale già disponibili quali ad esempio la conferenza dei sindaci
- grado di impatto del nuovo sistema di erogazione delle cure primarie sugli indicatori di rilievo (es: minimizzazione accessi inappropriati in ospedale) dipendente da variabili incontrollabili o solo parzialmente controllabili (contratti nazionali, contingenza economica, sistematizzazione percorso formativo dei direttori di distretto, altri)

<p>Middle Management aziendale rinnovato e motivato</p> <p>Accessibilità a fondi extra budgetari</p> <p>Reclutamento nuove risorse professionali nel post COVID</p>	<p>Digital literacy limitata</p> <p>Cultura aziendale ospedalocentrica</p> <p>Diffusa percezione antimoderna della TM</p>

Cornice legislativa compliant	Deadline fondi PNRR ravvicinata
Logistica favorevole alla dematerializzazione	Assenza di prospettive contrattuali nazionali/regionali
Nuova architettura informatica in via di acquisizione	Deplezione di figure professionali, scarsa attrattività

	<u>2022</u>				<u>2023</u>			
	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>
<u>Approvazione regolamento COT</u>								
<u>Approvazione regolamento CDC</u>								
<u>Delibera adozione obiettivi aziendali 2023</u>								
<u>Attivazione piattaforma TM</u>								
<u>Programmazione aziendale 2023-2025 fabbisogni personale</u>								
<u>Formazione Continua Direttori S.C</u>								
<u>Approvazione in Comitato Aziendale del programma formativo 2023 MMG e PLS</u>								
<u>Programma formativo promozione della salute per professioni sociali e sanitarie</u>								
<u>Compilazione report bisogni emergenti</u>								

<u>sociosanitari ASL-EEGG</u>								
<u>Definizione operativa di presa in carico IFEC</u>								
<u>Baseline aziendale gestione scompenso, insufficienza renale cronica e BPCO</u>								
<u>Attivazione Cabina di Regia Piano Aziendale Cronicità</u>								

Bibliositografia

1. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/29/attach/dgr_01613_1050_03072020.pdf
2. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2016/50/attach/dgr_04287_830_29112016.pdf
3. <https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/finanza-programmazione-statistica/statistica/numeri-piemonte-annuario-statistico-regionale>
4. https://www.quotidianosanita.it/piemonte/articolo.php?articolo_id=102646
5. http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2019/12/7_La-difficile-riforma-dell%E2%80%99assistenza-primaria-tra-legge-statale-accordi-collettivi-e-programmazione-regionale-1.pdf
6. <https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/il-futuro-della-medicina-di-famiglia-in-italia/>
7. <https://www.epicentro.iss.it/igea/news/pdf/Dialogo%20sui%20farmaci%20Piemonte%2011.pdf>
8. https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%201%20Rapporto%20OASI%202021.pdf?rGwHidS_fILQvzwubAlc3nUz0gJi5VE6=

9. Massimo Mangia Paolo Colli Franzone: La Salute Digitale nelle situazioni di emergenza sanitaria. Instant Book. Istituto per il Management dell'Innovazione in Sanità, 2020
10. Dato Controllo di Gestione ASL AT
11. <https://www.saluteinternazionale.info/2020/05/il-conflitto-dinteressi-nella-formazione-degli-studenti/>
12. <https://www.tresana99.it/index.php/it/link/aggiornamenti-in-sanita/142-nuova-bozza-sisac-per-l-acn-dei-mmg>
13. <https://servizi.regione.piemonte.it/catalogo/pista-piemonte-statistica-bdde>
14. http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=100787
15. <https://www.simg.it/il-canto-del-cigno/>
16. <https://www.primalacomunita.it/2021/04/27/casa-della-comunita-ecco-il-progetto/>
17. https://ancitoscana.it/images/dossier/Sanit%C3%A0/PER_LA_SALUTE_DEI_TOSCANI.pdf