

# Torniamo a curarci

non togliamo il medico di turno



## Professionisti sanitari e cittadini: tra covid e bisogni di salute

REPORT



con il Patrocinio di *Ministero della Salute*

con il contributo non condizionato di  **NOVARTIS**



## Sommario

Un'analisi di contesto.....	3
Il progetto “Torniamo a curarci – Non togliamo il medico di turno”.....	5
Risultati dell'indagine .....	7
Numerosità, distribuzione regionale e composizione dell’insieme dei rispondenti .....	7
La Telemedicina: organizzazione regionale e limiti territoriali.....	9
Ricetta dematerializzata e burocrazia .....	13
Lo sviluppo della telemedicina: criticità e opportunità .....	14
Conoscenza del territorio e proposte organizzative per lo sviluppo della telemedicina .....	16
Riorganizzazione degli spazi e utilizzo dei DPI.....	18
Il ruolo dei MMG/PLS nella campagna vaccinale antinfluenzale/test sierologici e tamponi.....	22
Il rapporto medico-paziente.....	25
Conclusioni.....	30
Nota metodologica.....	31
Ringraziamenti .....	32

*Report a cura di Lorenzo Latella, Segretario regionale di Cittadinanzattiva Campania.*





## Un'analisi di contesto

Il contesto di emergenza pandemica che stiamo vivendo, ormai da un anno, caratterizzato da una convivenza forzata con il virus Covid-19 e da un andamento altalenante della curva dei contagi, ha fatto emergere, in tutta la loro virulenza, le numerose **fragilità** che caratterizzano il nostro Sistema Sanitario.

La profonda frammentazione dei modelli sanitari regionali e le conseguenze di questi sui percorsi di salute dei cittadini ci restituiscono, a distanza di mesi, l'immagine di un Paese fragile, caratterizzato da una organizzazione carente e disomogenea, spesso incapace di dare risposte alle domande dei pazienti, in estrema difficoltà nel mantenere una presa in carico ordinaria e generatore di esperienze di **disuguaglianza**.

Uno dei dati che ha colpito di più, a cavallo tra la prima e la seconda ondata pandemica, è il crollo vertiginoso dei servizi offerti nei percorsi di prevenzione e di presa in carico dei pazienti non Covid, affetti da patologie croniche e/o rare, o semplicemente con problemi episodici di salute.

La chiusura dei Pronto Soccorso, la limitazione o il blocco delle attività ambulatoriali, il mantenimento dei soli servizi sanitari di urgenza, lo stallo creatosi nei percorsi di prevenzione anche oncologica - seppur siano state decisioni prese allo scopo di limitare la diffusione del virus e dei contagi - hanno portato, quale conseguenza principale, ad un aumento dei casi di rinuncia alle cure e al peggioramento generalizzato dei livelli di salute della popolazione italiana (aumento del tasso di mortalità per tumore al colon del 12% - Università di Bologna).

Se in una prima fase questo stato di cose è stato attribuito prevalentemente alla paura del contagio e quindi alla non volontà dei pazienti di recarsi presso strutture sanitarie ritenute potenziali luoghi di diffusione del virus, così come rilevato anche dal Rapporto n. 39/2020 dell'ISS, grazie ad analisi più attente e organiche dei dati si è potuto evidenziare come le problematiche croniche del sistema di presa in carico dei pazienti, principalmente legate ad una carente o mancata strutturazione della medicina territoriale, siano state alla base della diffusa **rinuncia alle cure** e di un aggravarsi delle **condizioni di salute dei pazienti più fragili**.

Considerando che in Italia sono circa 24 milioni le persone affette da patologia cronica, metà delle quali presenta co-morbidità (Istat - "Aspetti della vita quotidiana" 2017), è evidente che i cambiamenti imposti dalla pandemia hanno avuto un impatto notevole su questa categoria di pazienti, alterando il rapporto dei singoli con i servizi sanitari territoriali e specialistici, interrompendo una trasmissione di informazioni e di cure percepite come la principale sfida della sanità pre-pandemica, e in grado di modificare anche la capacità di autogestione della patologia a causa dell'alterazione, dovuta all'isolamento, degli stili di vita dei cittadini.

Un'analisi di contesto ampia e generalizzata restituisce, quindi, la fotografia di un Paese nel quale il rapporto tra medico e paziente, elemento fondante del nostro Sistema Sanitario, sembra essere stato compromesso, schiacciato dalla diminuzione del tasso di **fiducia** dei cittadini rispetto ad un servizio pubblico che ha visto più che dimezzare le diagnosi oncologiche, annullati il 64% degli interventi chirurgici e la rinuncia alla riabilitazione da parte del 70% dei pazienti (dati Patient Advocacy LAB).



L'Italia, dallo scoppio del primo focolaio, ha reagito riconvertendo, prontamente, intere strutture ospedaliere, organizzando modelli di gestione innovativi, moltiplicando i posti in terapia intensiva per il trattamento dei pazienti Covid positivi, ma, allo stesso tempo, ha dato vita ad una nuova catalogazione di pazienti, ponendo in una posizione subordinata i pazienti non-covid, la cui salute sembra essere uscita dalle priorità del Sistema Sanitario.

È di pochi giorni l'analisi diffusa dall'Istat sui dati numerici dei decessi nel 2020, e quello che salta agli occhi è l'impressionante numero di morti in più (30.000) non attribuibili al Covid. Sebbene sia impossibile indagare le effettive cause di decesso, è emblematico che il tasso di mortalità generale della popolazione italiana sia salito del 19%, facendoci chiedere se queste siano vittime indirette del Covid, conseguenza dell'interruzione dei percorsi di cura di patologie le quali non hanno ricevuto più l'attenzione che il Servizio Sanitario Nazionale gli dedicava prima dell'emergenza pandemica.



## Il progetto “Torniamo a curarci – Non togliamo il medico di turno”

Alla luce di tali evidenze e considerazioni, Cittadinanzattiva e FIMMG, con il contributo non condizionato di Novartis, hanno inteso avviare un progetto di analisi in grado di evidenziare il ruolo svolto dai MMG/PLS nel contrasto alla diffusione del virus e al mantenimento dei percorsi di cura sui territori, indagando anche sulle criticità che gli stessi hanno registrato nello svolgimento del proprio lavoro e raccogliendo la percezione del funzionamento generale del Servizio Sanitario.

Obiettivo è quello di fotografare la natura del rapporto esistente tra medico e paziente partendo dalle difficoltà generate, o esacerbate, dalla crisi pandemica e di interrogarci su come rilanciare il ruolo della medicina territoriale quale sistema sentinella per la promozione della salute dei cittadini e, allo stesso tempo, luogo di gestione delle cronicità in base ad un principio di sussidiarietà delle cure.

Il progetto, denominato “*Torniamo a curarci – Non togliamo il medico di turno*”, ha avuto il patrocinio del Ministero della Salute e di 87 soggetti tra Società scientifiche e Associazioni di tutela dei pazienti, con un grande e costante lavoro di collaborazione e di diffusione delle informazioni durante tutto il percorso, il quale è stato strutturato su due pilastri principali:

- una campagna di comunicazione rivolta a medici e pazienti mirante a rinsaldare il rapporto di cura, incentivando l'utilizzo di tecnologie innovative e l'attuazione di misure di sicurezza;
- un percorso di analisi rivolto a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Direttori di Poliambulatori e Direttori Sanitari di presidi ospedalieri, necessario ad indagare in che misura, attraverso quali metodologie e strumenti i medici siano riusciti a garantire una presa in carico dei pazienti, in particolare cronici.

La campagna di comunicazione, avviata ufficialmente il 12 ottobre, ha coinciso con l'apertura del Tavolo Istituzionale, strumento necessario a condividere le esperienze di Società Scientifiche e Associazioni di Tutela dei pazienti rispetto alle difficoltà emerse nella seconda fase pandemica e alle innovazioni introdotte. La campagna ha avuto risultati positivi in termini di impatto mediatico raggiungendo, attraverso radio, social e media tradizionali, decine di migliaia di persone che hanno restituito, in molti casi, feedback utilissimi alla realizzazione di questo lavoro (Allegato 1).

Il gruppo di ricerca ha poi deciso di strutturare l'indagine<sup>1</sup> attraverso un questionario rivolto ai MMG/PLS - condiviso con il Tavolo di lavoro - e una serie di interviste che hanno coinvolto Direttori di Presidio Ospedaliero e di Poliambulatorio. Il metodo dell'intervista è stato utilizzato anche per coinvolgere i rappresentanti delle Società Scientifiche che hanno patrocinato il progetto, medici specialisti che si sono resi disponibili e i rappresentanti delle Associazioni di tutela dei pazienti.

L'indagine si è focalizzata principalmente sull'adozione delle norme di sicurezza da parte dei MMG/PLS e sull'utilizzo delle tecnologie, quali la telemedicina, con lo scopo di mantenere in essere un percorso di presa in carico dei pazienti non affetti da Covid e che necessitano di cure continuative per il mantenimento di un ottimale stato di salute.

---

<sup>1</sup> Per ulteriori informazioni consultare il paragrafo “Nota Metodologica”.



La compilazione dei questionari si è svolta nel periodo tra il 15 dicembre 2020 e il 10 gennaio 2021. Le risposte, come indicato nelle istruzioni di compilazione, si riferiscono al periodo dall'inizio di settembre in poi, salvo quando diversamente specificato.

Grande supporto nella diffusione delle Survey di progetto è stato fornito da FIMMG per i medici di medicina generale, e da FIMP per i pediatri di libera scelta; il supporto fattivo e costante di questi due soggetti ci ha permesso di raggiungere numeri significativi delle categorie.

Tutto il lavoro di indagine svolto è stato poi confrontato con pubblicazioni di altri Enti e con Rapporti di Cittadinanzattiva, in particolare l'analisi sulle criticità delle politiche sanitarie della cronicità elaborata dal CnAMC<sup>2</sup>, che ha coinvolto quasi 200 Associazioni di tutela dei pazienti.

Abbiamo proceduto, poi, alla comparazione con i dati raccolti mediante le interviste semi-strutturate che abbiamo somministrato a **22 rappresentanti di altrettante Società Scientifiche** e con le oltre **50 interviste telefoniche effettuate a Direttori di presidi ospedalieri e/o di Poliambulatori**, cercando di focalizzare l'attenzione sui temi della sicurezza e dell'innovazione tecnologica, ma anche raccogliendo criticità ed opinioni sulla "salute" del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Ci siamo concentrati, inoltre, sull'organizzazione della Medicina territoriale procedendo alla rilevazione anche del ruolo sociale che i medici svolgono quotidianamente, e che sembra essersi consolidato proprio a causa della destabilizzazione prodotta dalla crisi pandemica.

Abbiamo poi proceduto ad analizzare la percezione che gli stessi medici hanno della capacità organizzativa e di resilienza delle singole strutture regionali, insistendo sulla capacità, da parte delle stesse, di porre in essere modelli e percorsi in grado di non lasciare indietro nessuno e di fornire adeguate risposte di salute sia ai cittadini affetti da SARS-CoV-2, sia ai pazienti cronici e rari già precedentemente presi in carico dal sistema e che necessitano di un apporto costante di cure.

In ultima analisi abbiamo rilevato la capacità dell'intero sistema di sostenere la prima delle aree di intervento dell'attività scientifica e professionale dei MMG/PLS, ovvero la prevenzione.

---

<sup>2</sup> "Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici" di Cittadinanzattiva.



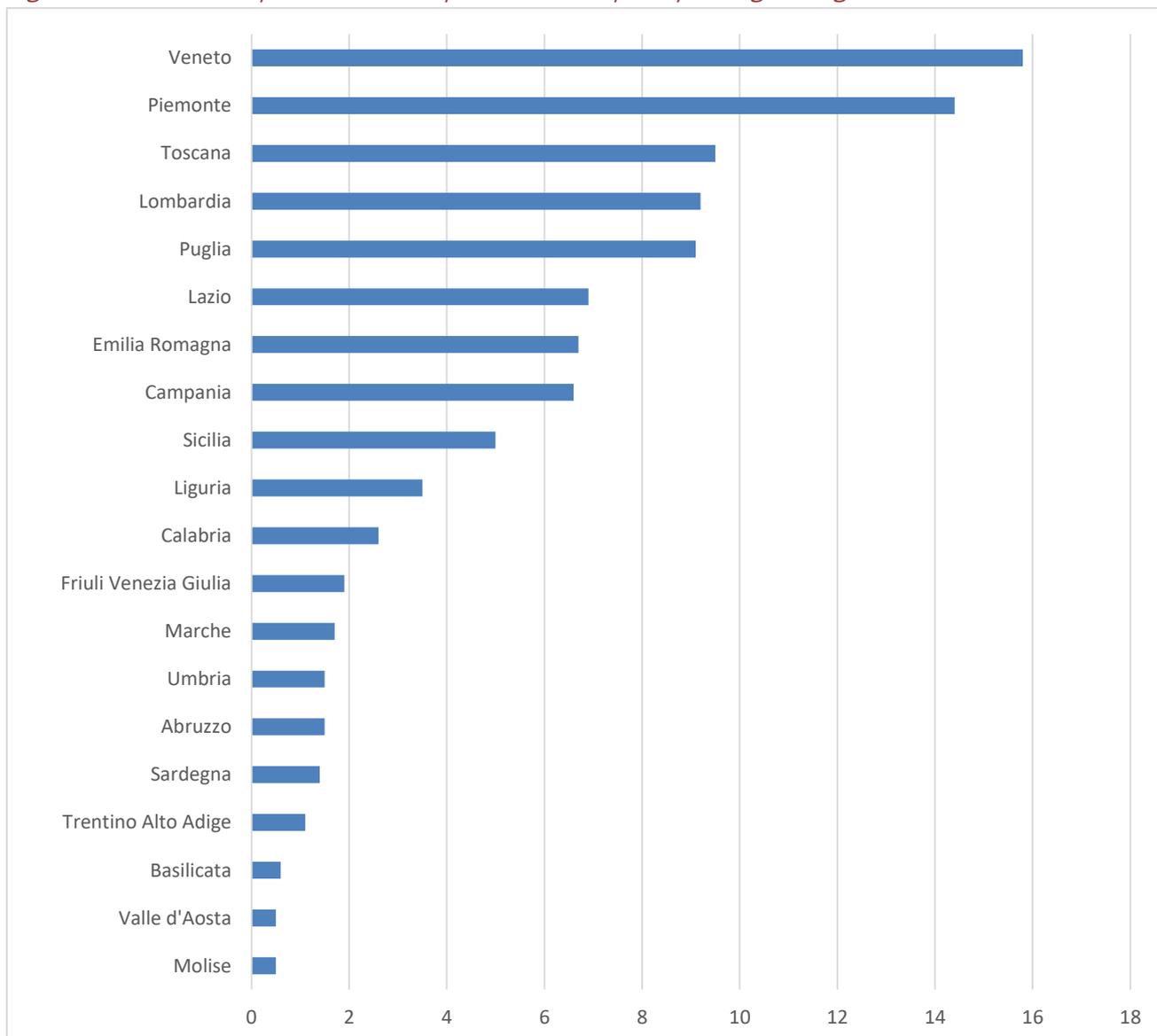
## Risultati dell'indagine

### Numerosità, distribuzione regionale e composizione dell'insieme dei rispondenti

La survey ha raccolto, nel giro di poche settimane, **1098 questionari**. Nel dettaglio, 797 (pari al 72,6%) sono stati compilati da medici di medicina generale e il restante 27,4% (301 questionari) da parte di pediatri di libera scelta.

La distribuzione territoriale è stata molto diversa, con una prevalenza (46,4%) delle regioni del Nord, a fronte del 28,3% di risposte pervenute da regioni del Centro e del 25,3% provenienti da regioni del Sud. Tuttavia, un calcolo ponderato sulla distribuzione delle persone residenti nelle tre aree geografiche di riferimento restituisce un dato pressoché omogeneo.

*Figura 1 Distribuzione percentuale dei questionari compilati per singola Regione*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

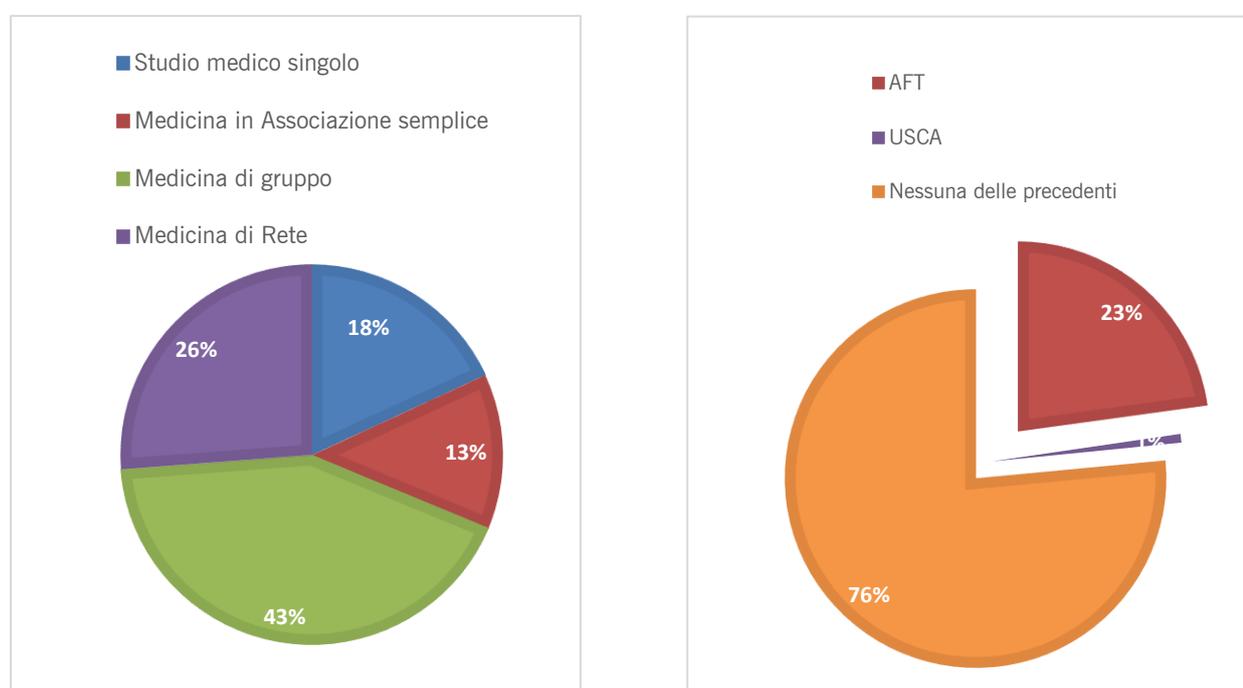


Il campione di riferimento vede il 51,4% dei rispondenti appartenere ad una fascia di età compresa tra i 55 e i 64 anni, a fronte di un 16,1% di soggetti con età compresa tra i 35 e i 54 anni. Solo il 2% degli intervistati si iscrive in una fascia di età al di sotto dei 34 anni. È interessante rilevare che quasi un terzo dei rispondenti, ben il 30,5%, ha 65 anni e oltre: l'età media del campione risulta quindi essere abbastanza elevata, quasi 59 anni.

Il 42,5% del campione esercita Medicina di gruppo, il 26,1% Medicina di rete, il 18,1% ha uno studio medico singolo e il 13,2% esercita Medicina in Associazione semplice.

Solo lo 0,7% degli intervistati (8 medici di medicina generale) è contemporaneamente impegnato in USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), mentre il 22,8% è in AFT (Aggregazioni funzionali Territoriali). Il 76,5% del campione non è impegnato in nessuna altra attività.

Figura 2 Modalità di lavoro e impegno attuale



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

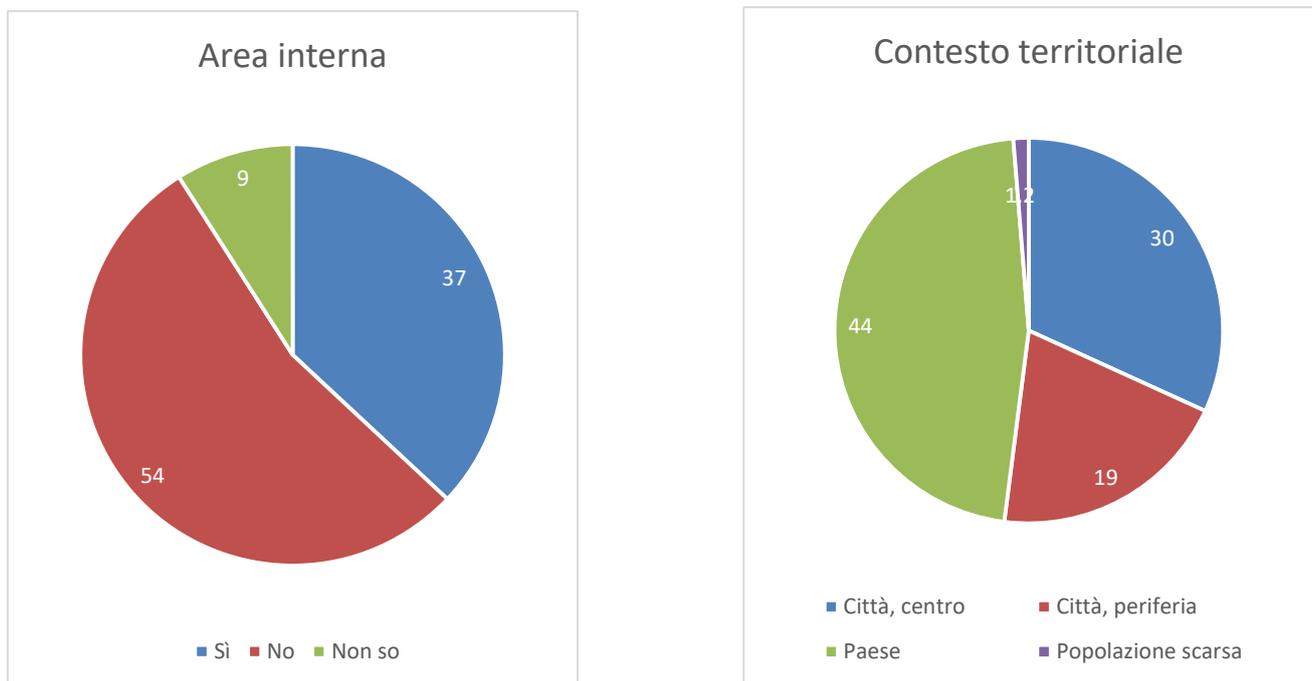
Il 51,5% ha uno studio in un paese o in una zona con popolazione sparsa, a fronte del 49,5% che dichiara di avere uno studio in città, in zona centrale o periferica. Il 36,6% del campione dichiara inoltre di svolgere l'attività principale in un'area interna<sup>3</sup>, come illustrato dai grafici seguenti.

<sup>3</sup> Nel nostro Paese le aree interne rappresentano il 52% dei Comuni (circa 4000), in una porzione di territorio che supera il 60% di quello totale, e ospitano circa il 25% della popolazione nazionale. Si contraddistinguono per:

- la significativa distanza dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità) e dalla dismissione progressiva dei servizi a rete (tra cui anche uffici postali e sportelli bancari), con un aumento del livello di disuguaglianze, sia nell'accesso ai servizi, che nella qualità degli stessi servizi offerti.
- uno spopolamento progressivo e l'invecchiamento della popolazione residente
- un divario digitale significativo.



Figura 3 Collocazione dello studio medico: area interna e contesto territoriale



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

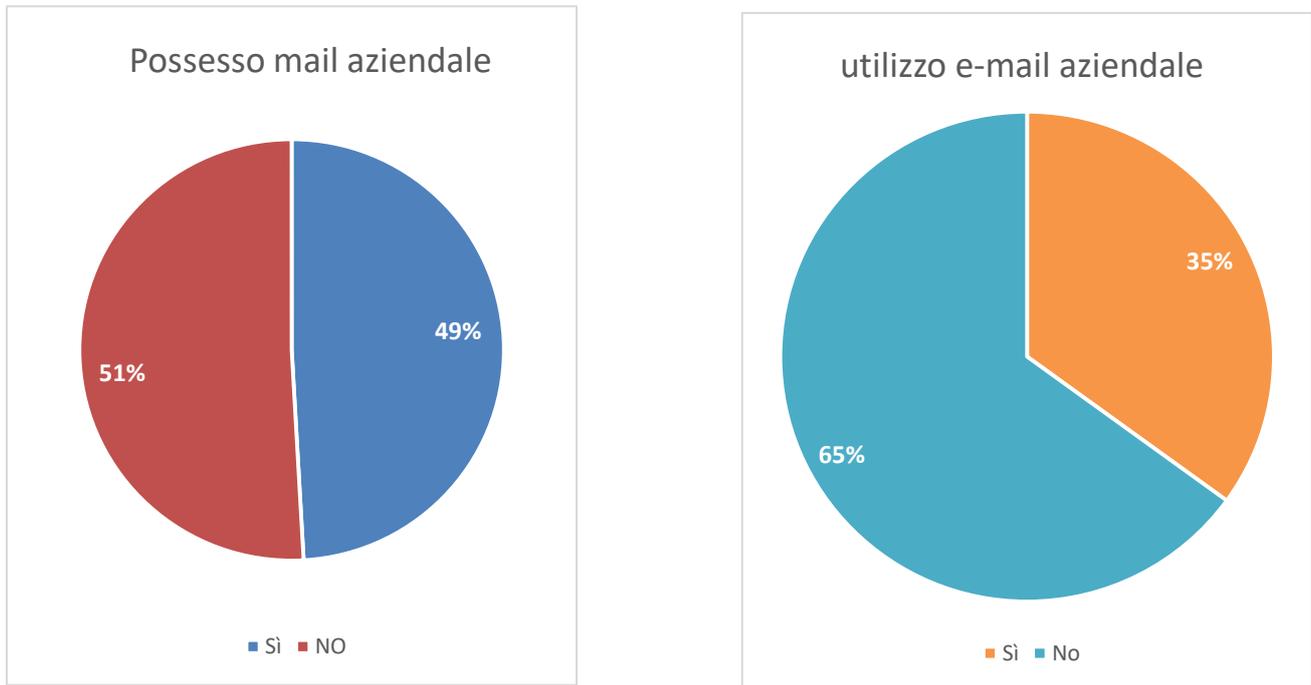
## La Telemedicina: organizzazione regionale e limiti territoriali

L'indagine proposta da Cittadinanzattiva e FIMMG ha indagato alcuni degli aspetti organizzativi riguardanti l'innovazione digitale e l'utilizzo di strumenti di contatto dei MMG/PLS, messi a disposizione dagli stessi medici o dalle Aziende di riferimento, non soltanto in quest'ultima fase pandemica.

**Il 40,9% degli intervistati (449)** riferisce, infatti, di avere a disposizione una e-mail aziendale fornita dall'Asl di appartenenza, ma solo 267 di questi affermano che essa è pubblicata sul portale dell'Azienda Sanitaria. Inoltre, il 65% dichiara di non utilizzare tale strumento per comunicare con i propri pazienti, e generalmente, chi dichiara di utilizzarla lo faceva anche in periodo pre pandemico quale abitudine personale. Tale percentuale sale al 72,7% se si prendono in considerazione gli specialisti ospedalieri o dei poliambulatori che dichiarano, nel 62,5% dei casi, che i dati di contatto sono regolarmente pubblicati sul portale dell'azienda di riferimento.



Figura 4 Modalità di contatto e di comunicazione con i pazienti



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Emerge subito una problematica legata alla possibilità, da parte degli utenti, di reperire indicazioni di contatto attraverso i canali di divulgazione propri delle Aziende sanitarie. In particolare, poi, emerge una disomogeneità nei percorsi di trasparenza sul territorio nazionale, anche se il dato, indagato in profondità, restituisce una situazione a macchia di leopardo anche all'interno di singole regioni.

Il **72,5%** del campione afferma di utilizzare, per comunicare con i pazienti, il proprio indirizzo di posta elettronica, e il 60% circa utilizza anche altri mezzi digitali e online, dichiarando di aver implementato tale modalità con l'insorgere della pandemia. Strumenti come SMS, app per smartphone e piattaforme di video interazione erano già utilizzate, nella maggior parte dei casi, in periodo pre pandemico, e dunque vengono percepite da tutti gli intervistati come un mezzo efficace, da implementare e da rendere stabile nel lungo periodo, pur sentendo forte la necessità di una regolamentazione nazionale o regionale.

Tali mezzi sono percepiti quali portatori di valore nel rapporto tra medico e assistito, e capaci di semplificare e snellire il lavoro dei medici ma, allo stesso tempo, stanno modificando l'interazione, spostandola su un rapporto forse troppo confidenziale, che rischia di generare storture nei percorsi di cura.

L'analisi qualitativa delle risposte fornite dagli intervistati in merito all'utilizzo di strumenti digitali di interazione fa emergere con chiarezza la necessità di una regolamentazione dell'utilizzo di tali strumenti, in grado da un lato di garantire la privacy dei pazienti e dall'altro tutelare la figura dei medici.



I cloud<sup>4</sup> all'interno delle cartelle cliniche, l'utilizzo e l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico, l'attivazione di piattaforme gestionali o l'utilizzo di app per la messaggistica sono stati, nella percezione generale, uno strumento utile per l'accesso immediato ai dati dei pazienti in questa fase emergenziale e hanno garantito il mantenimento della presa in carico limitando la mobilità dei pazienti e degli stessi medici. Tuttavia, tali possibilità non possono, in alcun modo, sostituire il contatto stretto e diretto con il paziente, ritenuto fondamentale per la costruzione di un corretto percorso di cura dalla maggioranza degli intervistati (71,6%).

*“Utilizzerei sicuramente il fascicolo sanitario elettronico che mi darebbe la possibilità di accedere direttamente ai dati dei pazienti, ma non sono molto propenso ad utilizzare visite a distanza, se non per casi davvero necessari o d'urgenza. L'esame obiettivo è fondamentale e si può fare solo con un contatto stretto e in presenza con il paziente”*

Si rileva, con altrettanta forza, la necessità di una normativa ad hoc che possa garantire il lavoro dei medici evitando il sovraccarico di informazioni, spesso inutili, dovute all'abbattimento della percezione su cosa è importante e cosa è ordinario da parte dei pazienti e, allo stesso tempo sia in grado di tutelare la classe medica da eventuali problematiche medico-legali

Il tema del contenzioso medico legale è particolarmente avvertito in relazione all'utilizzo di strumenti digitali, i quali espongono il medico, secondo una percezione generale, al rischio di errore di diagnosi, avvertito come probabile se non si padroneggiano a pieno le nuove tecnologie e dipende, anche e soprattutto, dalla capacità di utilizzo degli stessi da parte dei pazienti.

Altro limite emerso è quello legato al fattore tempo. Gli strumenti digitali hanno portato i medici ad essere continuamente “reperibili”, con una invasione nella sfera privata degli stessi, raggiunti dai propri pazienti in qualsiasi fascia oraria della giornata. Questa facilità di contatto ha portato, secondo parte degli intervistati, a modificare la percezione del valore del rapporto tra medico e paziente e ad utilizzare la messaggistica per comunicazioni spesso futili e non legate alla patologia o allo stato di salute.

Tale percezione è forte tra coloro che hanno messo a disposizione dei propri pazienti un numero di cellulare personale (53,1% del campione) e, tra questi, il 92,3% dichiara di averlo reso sempre disponibile in qualsiasi fascia oraria.

*“Spesso i pazienti considerano le applicazioni digitali alla stregua di messaggi tra amici e non si rendono conto che spesso formulano richieste inopportune e banali. È necessario implementare l'educazione dei cittadini e dei pazienti all'utilizzo della medicina digitale”.*

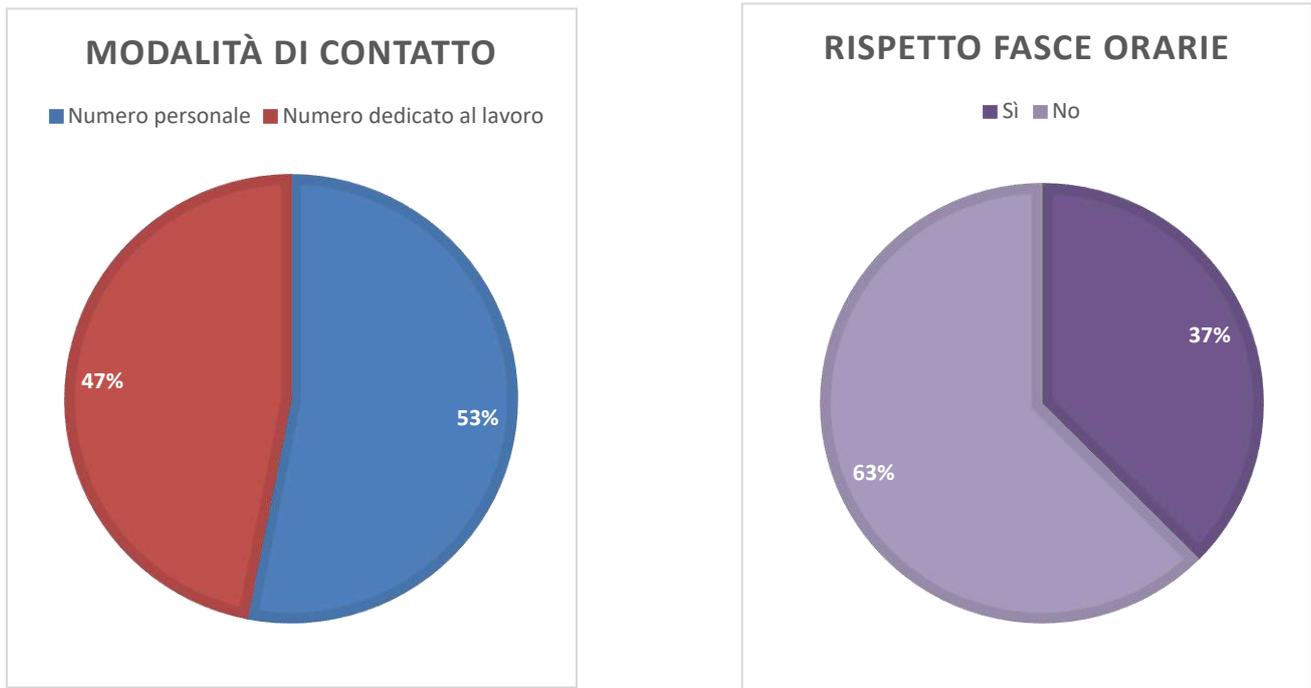
Inoltre, il 62,5% di questo sotto campione riferisce esplicitamente che, negli ultimi mesi, i pazienti non hanno rispettato le fasce orarie stabilite e che hanno invaso anche momenti di vita privata.

---

<sup>4</sup> Il cloud è una vasta rete di server remoti ubicati in tutto il mondo, collegati tra loro e che operano come un unico ecosistema. Questi server possono archiviare e gestire dati, eseguire applicazioni o distribuire contenuti. Anziché accedere a file e dati da un computer locale si accede online da qualsiasi dispositivo con connessione Internet, e le informazioni saranno disponibili ogni volta che servono.



Figura 5 Utilizzo numero personale e rispetto delle fasce orarie di lavoro da parte dei pazienti



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

In generale, però, l'utilizzo delle piattaforme digitali, di sistemi di messaggistica e di strumenti innovativi ha migliorato il lavoro di medici e pediatri e, soprattutto, ha risposto pienamente alle esigenze di contingentamento degli spostamenti e degli incontri, senza rinunciare ad un adeguato servizio sanitario.

Sicuramente la crisi pandemica ha accelerato l'innovazione tecnologica nel rapporto medico paziente, portando numerosi vantaggi ad entrambi, ma necessita di una **regolamentazione normativa** che definisca modi e tempi di utilizzo e che, allo stesso tempo, sia in grado di tutelare i diritti dei pazienti e dei medici. Viene fortemente avvertita la criticità della frammentazione delle possibili normative, indicata da molti come un limite nella gestione dei pazienti e quale elemento di possibile emersione di disuguaglianze nell'offerta dei servizi nei diversi territori.



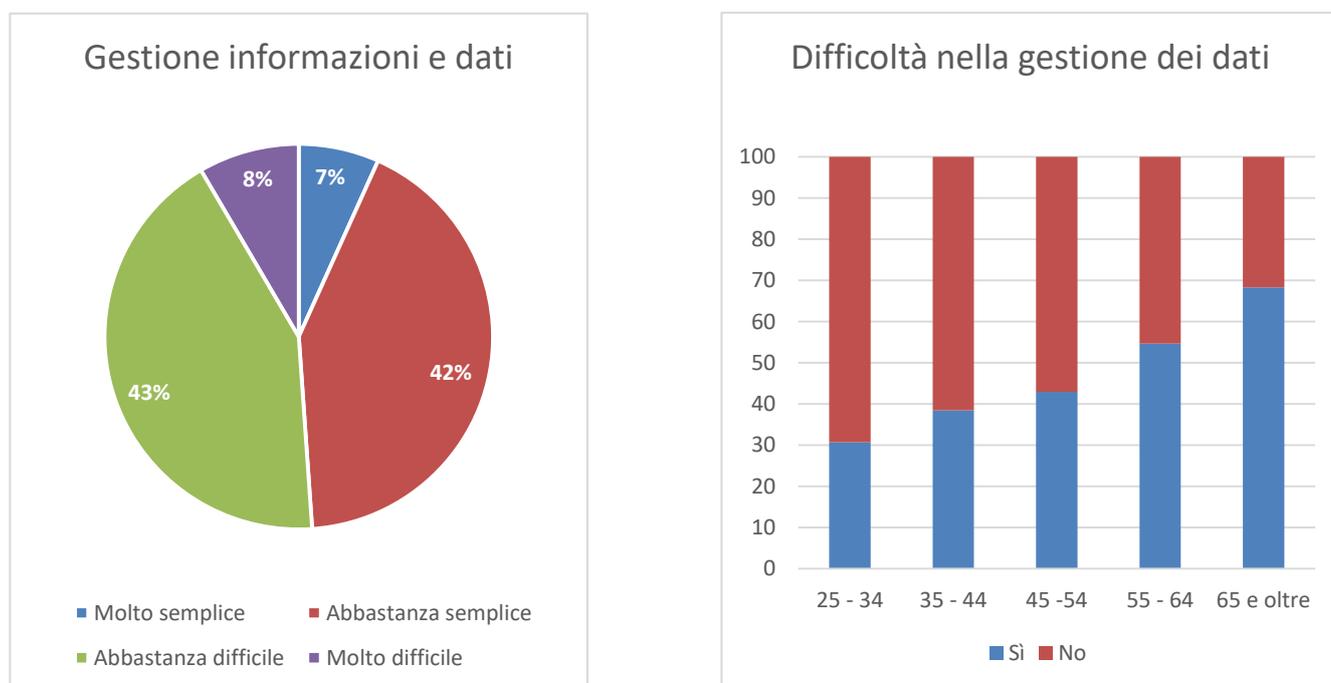
## Ricetta dematerializzata e burocrazia

Se l'utilizzo di strumenti di comunicazione diretta e di messaggistica porta con sé pareri fortemente discordanti e fa emergere una serie di criticità, altrettanto non si può dire per alcune innovazioni introdotte proprio per fronteggiare la diffusione del contagio.

In particolare, l'utilizzo della **“ricetta elettronica”** riscuote il pieno consenso sia dei MMG sia dei PLS. Il **98,5%** dichiara, infatti, non solo che di aver favorevolmente recepito la possibilità di utilizzo di tale strumento, ma ritiene che tale modalità debba essere implementata in modo stabile in futuro.

Stessa richiesta emerge rispetto all'organizzazione di servizi per le prenotazioni degli appuntamenti e alla gestione di richieste per attività prescrittive, strumenti in parte già in uso nel periodo pre pandemico ma che hanno subito una forte implementazione soprattutto negli ultimi mesi.

*Figura 6 Facilità di gestione dei dati informatici dei pazienti e distribuzione per fasce d'età*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Il limite di tale sistema è individuato, però, nella gestione del flusso di informazioni che consegue all'utilizzo di strumenti informatici.

Il 51% degli intervistati ritiene infatti abbastanza o molto difficile gestire, archiviare e sistematizzare tutte le informazioni che fluiscono in questo periodo attraverso la multicanalità di contatto.

*“La gestione burocratica dei pazienti a carico dei medici è assolutamente da snellire. È un compito che dovrebbe essere affidato a soggetti specifici che dovrebbero coadiuvarci nel nostro lavoro, ma non può essere totalmente demandata a noi”.*

Questo aspetto, incrociato con il dato anagrafico, aumenta all'aumentare dell'età, divenendo significativamente più alto (68,3%) tra i MMG/PLS appartenenti alla fascia over 65 anni.

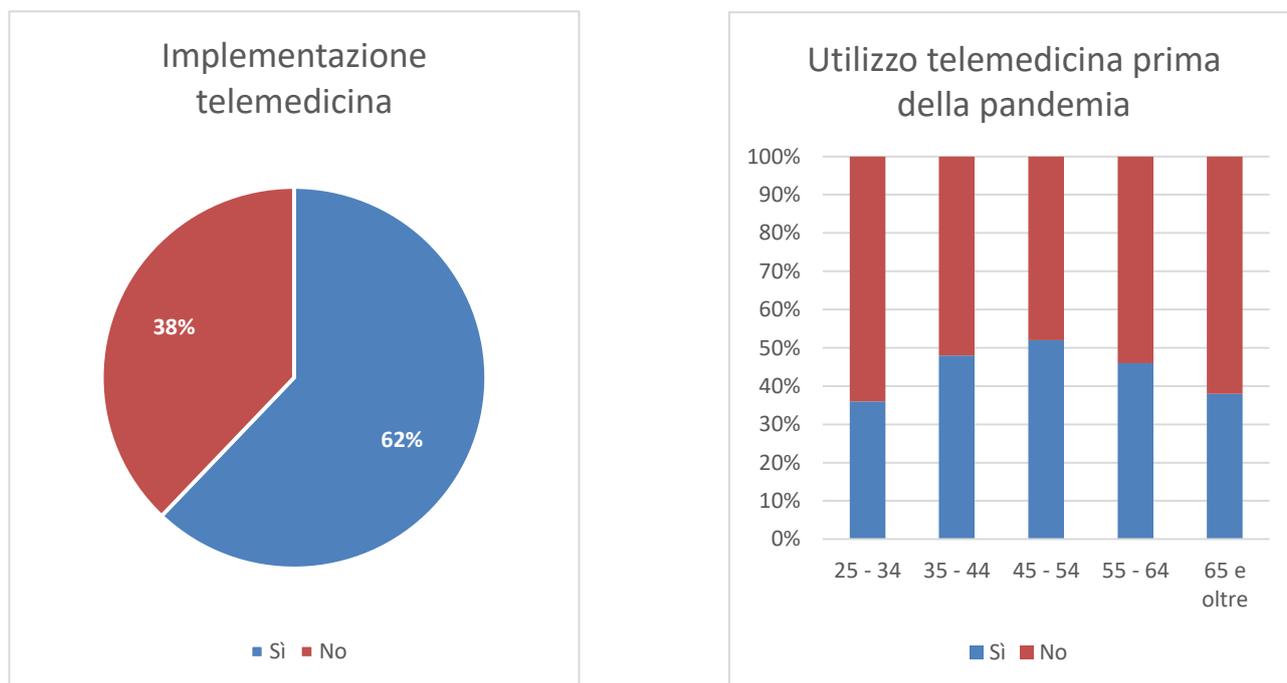


## Lo sviluppo della telemedicina: criticità e opportunità

Abbiamo proseguito l'indagine indagando sugli aspetti più stringenti riguardanti l'utilizzo della Telemedicina quale strumento strutturato di presa in carico dei pazienti cronici e di collaborazione con i diversi attori concorrenti alla salute pubblica.

Il **62%** degli intervistati ha dichiarato di aver implementato, già dai primi mesi della crisi pandemica, modalità digitali e telematiche riconducibili ad un **percorso di telemedicina**. Solo il 35,1% di questo sottogruppo utilizzava strumenti simili già da prima.

*Figura 7 Utilizzo di modalità digitali/telematiche in periodo pandemico e pre-pandemico per fasce d'età*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Un dato molto interessante è legato al tipo di strumenti utilizzati in telemedicina e vede solo il 36,9% aver utilizzato piattaforme e software gestionali e, tra questi, nell'86% dei casi su autonoma iniziativa o su iniziativa dell'Associazione di categoria di cui fanno parte.

Ancora più interessante risulta la comparazione con quanto riferito dai Direttori di Presidio Ospedaliero e di Poliambulatorio che, nell'oltre 90% dei casi dichiarano la presenza di raccomandazioni e regolamenti emessi dalle regioni di appartenenza e che hanno fornito anche i software gestionali o le piattaforme nel 60% dei casi.

La medicina territoriale, alla luce di tale dato, sembra quindi risentire di una profonda disattenzione e disorganizzazione da parte delle Aziende di riferimento che sembrano riservare tali tecnologie solo ad una dimensione specialistica o ospedaliera.

Nonostante l'emergenza Covid e alla luce della esperienza legata alla prima ondata, non si registrano significative iniziative da parte delle Aziende o delle Regioni nell'organizzazione di percorsi di

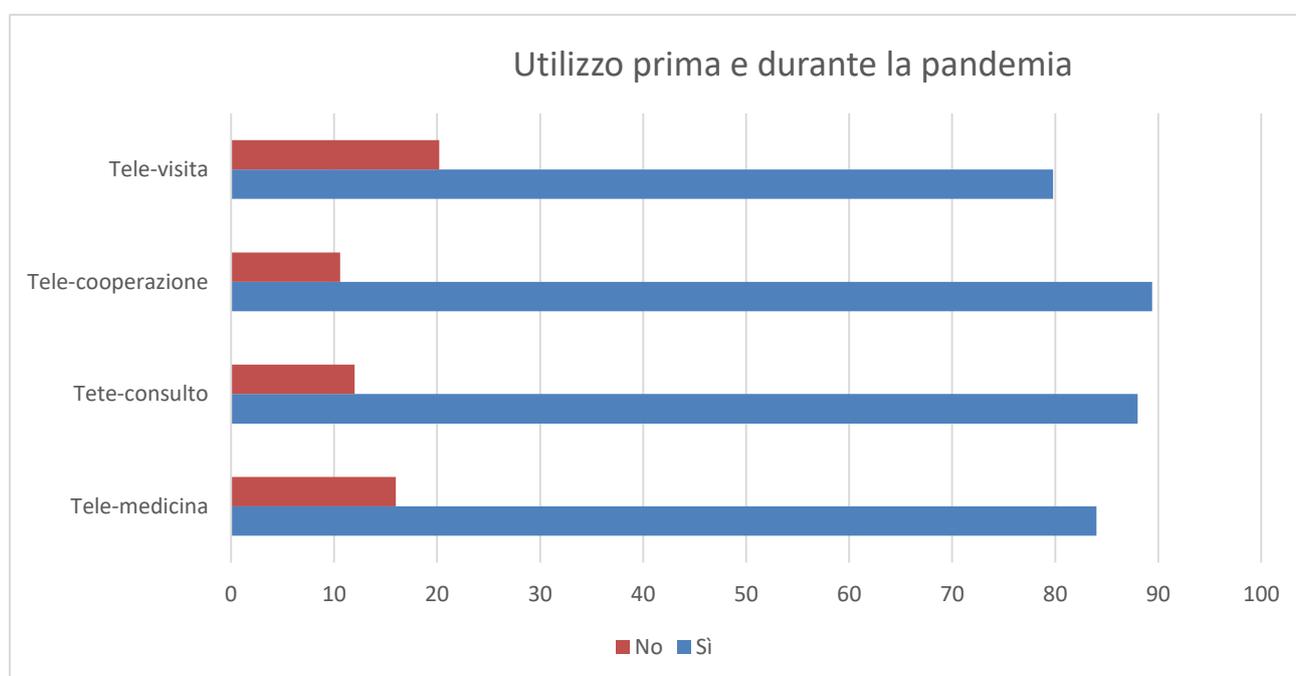


Telemedicina, che coinvolgano i territori, pienamente strutturate per garantire il mantenimento della presa in carico dei pazienti cronici e la prosecuzione ordinaria delle cure.

Quanto è stato fatto, su autonoma iniziativa da parte dei MMG/PLS, ci restituisce l'importanza del ruolo della medicina di prossimità, in grado di riorganizzarsi per rispondere ai reali bisogni della popolazione, preservando lo stato di salute sui territori ed evitando un peggioramento delle generali condizioni di salute.

A fronte di una elevata propensione del campione intervistato a fare uso di strumenti informatici e di innovazione tecnologica (più dell'89% si dichiara favorevole anche all'utilizzo della tele-cooperazione), infatti, solo 56 intervistati dichiarano che le Asl di appartenenza hanno provveduto a fornire gli strumenti informatici necessari e solo il 32% è a conoscenza della presenza di regolamenti o raccomandazioni regionali per l'adozione di modalità assistenziali riconducibili alla telemedicina.

*Figura 8 Utilizzo di modalità digitali/telematiche in periodo pandemico e pre-pandemico*



*Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021*

Anche il tele-monitoraggio, percepito come profondamente utile nella gestione delle cronicità è stato utilizzato, in fase pandemica, dal 17,9% degli intervistati e, di questi, solo 98 MMG/PLS dichiarano di eseguire valutazioni e monitoraggio dei propri pazienti attraverso sensori digitali in grado di trasmettere dati diagnostici rilevati a domicilio, a fronte di un 54,5% di specialisti ambulatoriali e ospedalieri che hanno notevolmente implementato tale attività soprattutto per branche quali la cardiologia, la neurologia e l'oncologia.

Tale affermazione è in linea con la dichiarazione, fornita dagli stessi Direttori di Presidi Ospedalieri e di Poliambulatori, secondo la quale il numero assoluto di prestazioni in tele-visita è aumentato nell'83.3% dei casi, con una notevole accelerazione nella cosiddetta seconda ondata pandemica.



## Conoscenza del territorio e proposte organizzative per lo sviluppo della telemedicina

Soffermandosi maggiormente sulla analisi qualitativa delle risposte registrate emerge un quadro abbastanza chiaro delle criticità generali e delle preoccupazioni dei singoli medici rispetto al pieno utilizzo di strumenti digitali.

Quello che appare chiaro è che in troppe realtà regionali non esistono norme specifiche che disciplinino la telemedicina sia in termini di organizzazione del lavoro, sia in termini di remunerazione dello stesso e che, soprattutto, tengano in considerazione la medicina territoriale quale elemento fondamentale per una corretta presa in carico di pazienti con patologie croniche e/o rare.

La preoccupazione principale riguarda i problemi legati alla privacy del paziente e alla non completa leggibilità del dato al di fuori del sistema regionale.

Il campione intervistato e composto da MMG/PLS dimostra di avere una visione chiara d'insieme e una profonda conoscenza delle realtà territoriali nella quale opera.

L'implementazione della telemedicina, ritenuta una innovazione tecnologica valida e utile nel percorso di cura del paziente, non può però prescindere da una analisi organica delle criticità che preesistono alla sua implementazione.

L'età dei pazienti cronici in Italia è generalmente molto alta e le capacità informatiche degli stesso sono spesso insufficienti alla gestione dei dispositivi informatici necessari ai percorsi di telemedicina. Emerge chiara la preoccupazione dei medici anche sulla figura dei caregiver, troppo spesso stranieri con scarse conoscenze linguistiche e poca familiarità con i dispositivi tecnologici.

Altra grande preoccupazione è rappresentata dalla copertura della rete. Soprattutto i medici che operano in aree interne o rurali rappresentano la carenza di questo servizio sul territorio, fattore che renderebbe sicuramente inefficace qualsiasi tentativo di utilizzo della telemedicina.

La richiesta da parte dei MMG/PLS è quella di interventi organici in grado non solo di predisporre piattaforme di gestione del paziente e strumenti digitali (device) ma soprattutto di definire una collaborazione organica con i servizi socio-sanitari del territorio, in un'ottica di collaborazione per una assistenza integrata ai bisogni del paziente, in grado di interagire anche con le Case della Salute e le AFT, percepite quali organizzazioni funzionali alla gestione collegiale e multidisciplinare dei pazienti, ma soprattutto con le strutture ospedaliere e i poliambulatori.

Questa difficoltà di comunicazione e di gestione integrata del paziente si riscontra anche attraverso le interviste ai medici specialisti che lamentano una difficile comunicazione e coordinamento con i MMG/PLS per assenza di strumentazione adeguata e carenza di risorse umane.

La preparazione digitale dei sanitari e dei pazienti risulta essere un altro elemento di preoccupazione. Il Digital Divide e il *Technological Divide* dovuti all'età degli interessati, alla carenza di risorse economiche e alla scarsa diffusione della banda larga o della copertura internet, soprattutto nelle aree interne, sono



elementi strutturali rispetto ai quali sono necessari interventi che spesso esulano dalla semplice volontà di implementazione del servizio da parte dei medici.

Il piano immaginato dagli intervistati non può prescindere, inoltre, da un maggiore sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia quale soggetto di trade union tra il medico e il paziente, in grado anche di snellire il carico burocratico che questo strumento porta con sé.

Tra le principali criticità registrate risulta infatti la gestione e l'archiviazione dei dati, aumentati significativamente a causa della moltiplicazione dei canali di comunicazione. La difficoltà nel fornire risposte più celeri a richieste ritenute sempre più futili, in un contesto richiedente anche la gestione dell'ansia dei pazienti ha causato, spesso, l'emergere di atteggiamenti aggressivi o di intemperanza nei confronti dei medici

Un sistema integrato quindi, in grado di connettere i diversi livelli che concorrono al mantenimento della salute dei pazienti cronici, in un'ottica di gestione territoriale che non può però, in ultima istanza, fare a meno del rapporto diretto del medico con il paziente, rapporto che va necessariamente garantito e che costituisce, ancora oggi, pilastro fondante per qualsiasi percorso di cura territoriale.

Una visione ampiamente organica, dunque, che sembra definirsi in una prospettiva di lungo periodo e di investimento del SSN per la modernizzazione dei percorsi di cura. La digitalizzazione, l'attivazione di percorsi informativi, la ristrutturazione della medicina territoriale si iscrivono in una visione ampia che prescinde dal settore salute e si colloca in una prospettiva di sviluppo dell'intero Paese.

Le proposte presentate nella bozza di Recovery Plan sembrano, in parte, rispondere a queste esigenze di riorganizzazione dei servizi a fronte, però di una quota di risorse che sembra ancora troppo risicata e che percepisce il SSN ancora troppo come un costo e non come un servizio e una opportunità



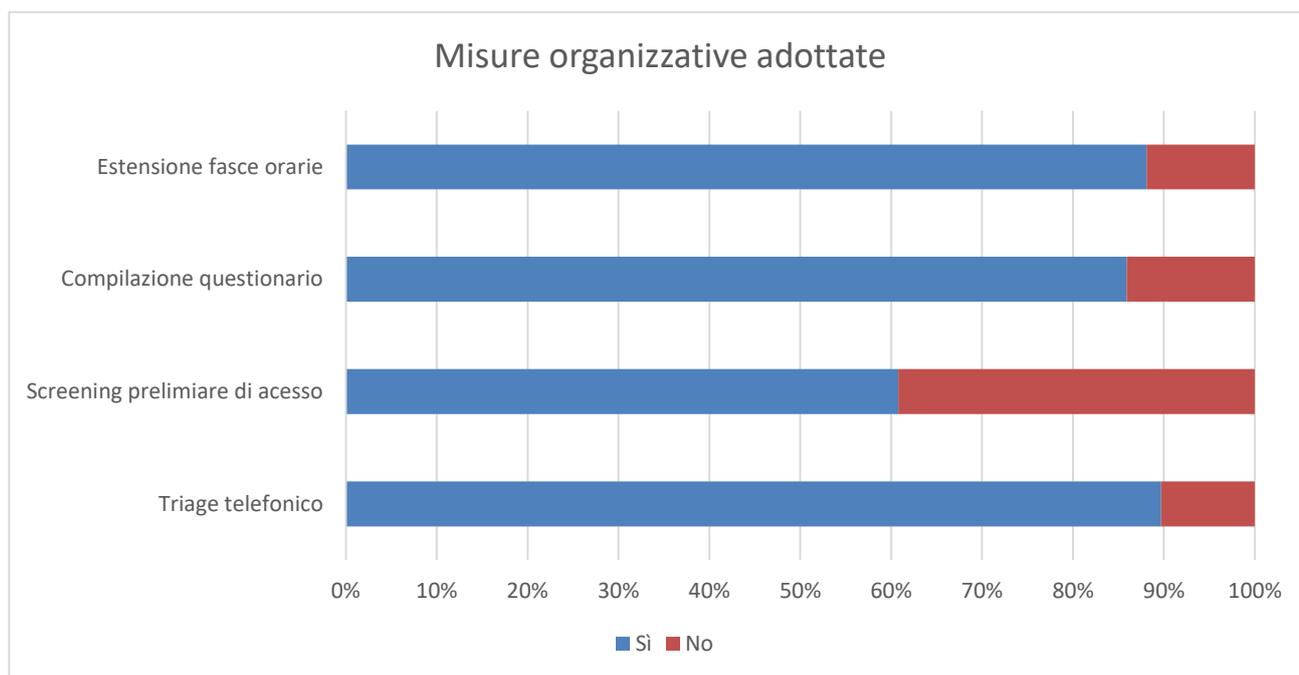
## Riorganizzazione degli spazi e utilizzo dei DPI

L'emergenza pandemica e la necessità di ridurre le occasioni di contagio hanno spinto tutto il sistema sanitario a rimodularsi per far fronte alle esigenze di salute dei cittadini.

La riorganizzazione della logistica della medicina territoriale si è resa necessaria per garantire la fruizione degli spazi fisici e per consentire ai medici e ai pazienti di mantenere vivo ed operante un rapporto di cura, così come avvenuto per le strutture ospedaliere e poliambulatoriali

Interrogati sui cambiamenti effettuati a livello organizzativo del servizio e sulla rimodulazione dei percorsi di accesso del pubblico all'interno degli studi medici, necessari al contingentamento della presenza fisica e all'esclusione dei pazienti sospetti positivi, i partecipanti alla survey hanno dichiarato, nel 93,8% dei casi di aver adottato misure specifiche. Nello specifico il triage telefonico (89,7%), uno screening preliminare di accesso (60,8%), la compilazione di un questionario all'arrivo (85,9%) sono le misure principalmente adottate da MMG/PLS per garantire la sicurezza dei propri assistiti.

*Figura 9 Adozione di modalità organizzative per l'accesso in sicurezza dei pazienti*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Il 61,7% degli intervistati dichiara di aver modificato, nella seconda fase della pandemia, gli orari di accesso al pubblico, ampliandoli nell'88.1% dei casi.

La risposta dei medici è stata, quindi, quella di dilatare i tempi della propria presenza nello studio per rendere possibile una calendarizzazione degli appuntamenti, evitando assembramenti e cercando di fornire un servizio continuativo per non interrompere il percorso di cura dei propri pazienti.



L'11,9% ha invece ridotto la permanenza allo studio, preferendo lo sviluppo di percorsi alternativi di presa in carico, favoriti dall'utilizzo delle nuove tecnologie e dei sistemi digitali, sviluppatasi notevolmente in questo ultimo anno.

Gli adeguamenti strutturali si sono resi necessari nell'82% dei casi e sono stati caratterizzati dall'esposizione di erogatori di sanificante all'ingresso degli studi, dal posizionamento di barriere in plexiglass, dall'organizzazione di percorsi separati e dall'affissione di segnaletica adesiva e informativa.

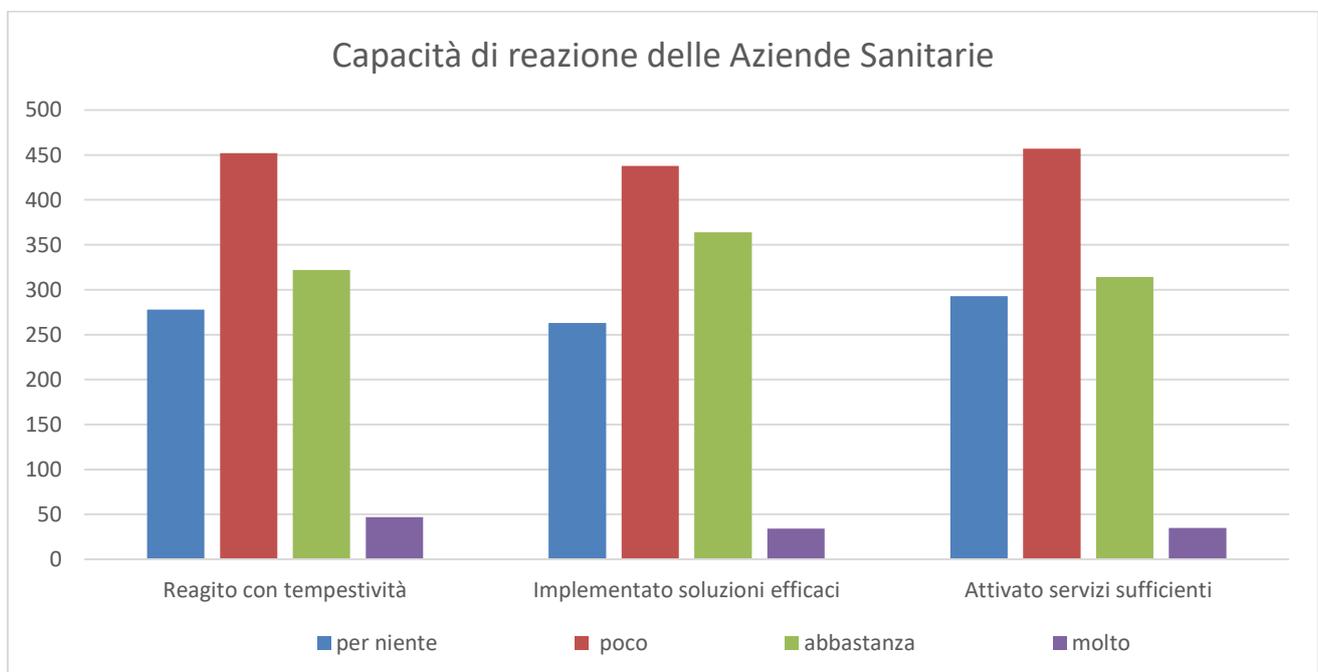
Un dato interessante riguarda la dichiarazione, da parte del campione di riferimento, dell'assenza totale (nel 53,6% dei casi) dell'emanazione di Linee Guida e regolamenti di supporto a garanzia della sicurezza da parte delle Aziende di riferimento.

L'adeguamento degli spazi, la messa in sicurezza, l'attenzione al paziente, sono stati frutto di iniziativa dei singoli MMG/PLS o di linee guida e raccomandazione emanate dalle Associazioni di riferimento.

Questo dato è chiaramente contrapposto a quanto dichiarato dai Direttori di Presidio Ospedaliero o di Poliambulatorio che hanno affrontato cambiamenti strutturali e di organizzazione degli spazi e dei tempi stabiliti dalle Aziende di riferimento (90,6%), al fine di garantire sicurezza e tranquillità ai cittadini.

È mancato un coordinamento delle azioni da intraprendere da parte dell'organo istituzionale di riferimento, fatto che ha determinato una diversificazione importante degli interventi in ambito di medicina territoriale e si è registrata la totale assenza di comunicazione di omogeneizzazione delle azioni tra livello ospedaliero e medicina di base.

*Figura 10 Capacità di reazione all'emergenza e di riorganizzazione della sanità ordinaria in sicurezza*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021



Il 74% degli intervistati dichiara, infatti, che tutti i materiali informativi su regole e comportamenti da mantenere a garanzia della sicurezza collettiva sono stati autoprodotti e che le Aziende sanitarie si sono rivelate per niente o poco capaci di reagire con tempestività nell'implementazione delle soluzioni organizzative dei servizi e che in molti casi (66,42%) le soluzioni adottate sono state inefficaci e inefficienti a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e alle richieste del personale medico. La percezione di distanza e di abbandono è stata molto profonda in questo frangente.

La sensazione di solitudine emerge prepotentemente dall'analisi qualitativa delle risposte fornite. La percezione è quella di una Azienda distante dai medici, che non ha fornito indicazioni e che non è stata capace di organizzarsi per affrontare la seconda ondata della pandemia, ampiamente attesa da tutti.

Le realtà sono chiaramente molto diversificate sul territorio nazionale e ci rappresentano regioni a diverse velocità e diverse capacità organizzative, anche se prevale ovunque la difficoltà di comunicazione e di scambio di informazioni.

Emblematico è il caso delle USCA, percepite come elemento innovativo e positivo da una metà degli intervistati e come strumento inefficiente e inefficace dall'altra metà. Questo dato ci riporta prepotentemente alle responsabilità delle regioni e delle Asl all'interno delle stesse.

Lì dove, storicamente, il sistema pubblico è stato in grado di strutturarsi meglio nel tempo, la risposta in fase pandemica sembra essere stata più efficace, veloce e diretta. Quelle regioni che hanno invece sofferto da tempo di un deficit organizzativo hanno faticato, anche in questo frangente a dimostrare efficienza nell'organizzazione di servizi innovativi resi necessari per il contrasto dell'emergenza Covid.

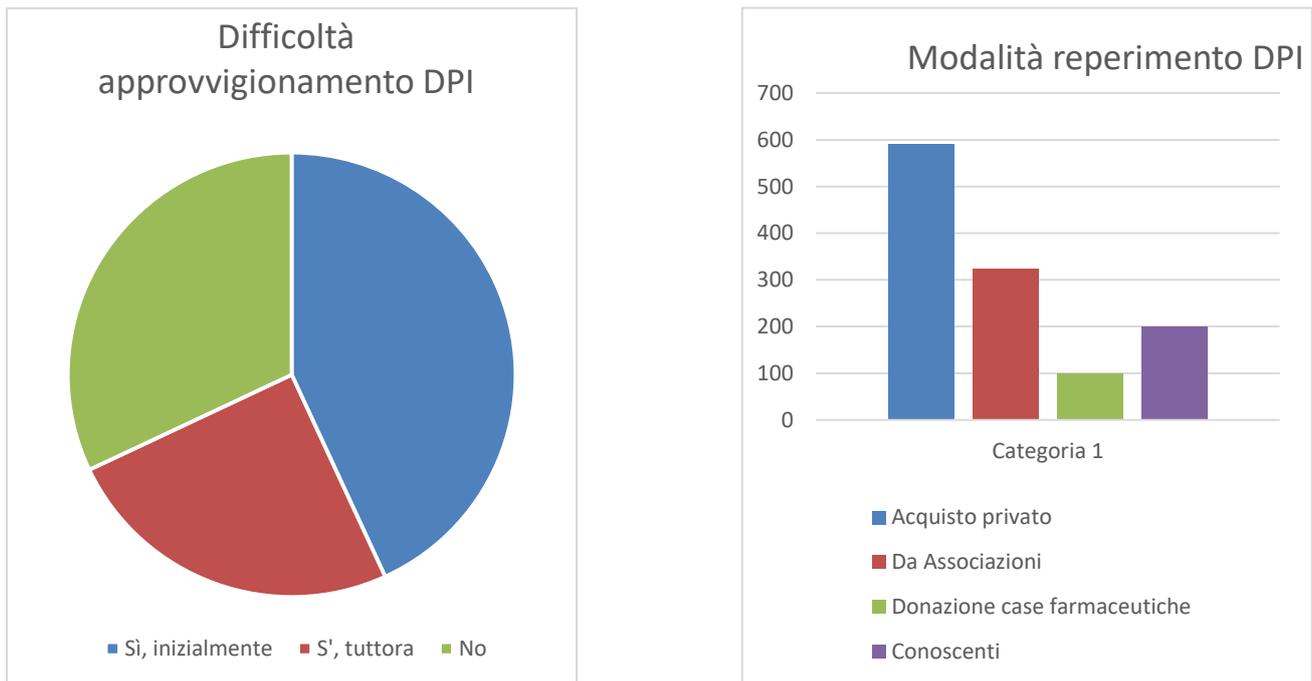
Questo stato di cose genera l'emergere di profonde disuguaglianze tra cittadini in merito ai servizi fruibili. In particolare, la differenziazione delle azioni intraprese dalle singole regioni ha portato, in molti casi, all'impossibilità di prenotazione delle visite specialistiche e i ritardi nella refertazione dell'esito di tamponi, che hanno raggiunto anche i 7/10 giorni, hanno prodotto un allungamento dei tempi di esecuzione delle visite specialistiche, l'annullamento di prescrizioni scadute a causa dei lunghi tempi di attesa e, in alcuni casi, la rinuncia alle cure.

I MMG/PLS lamentano la scarsa comunicazione diretta con le Aziende di riferimento. In particolare, segnalano una difficoltà a mettersi in contatto con gli uffici di prevenzione e con i referenti aziendali a fronte, invece, di un numero eccessivo di mail ripetute e senza indicazioni specifiche sui comportamenti da tenere e sui protocolli da seguire. Il tema della comunicazione e della carenza di informazioni precise è quindi costante nell'esperienza dell'ultimo anno, confermando una difficoltà che era preesistente alla pandemia.

Un dato sul quale c'è concordia tra la quasi totalità degli intervistati è la carenza nelle forniture di DPI. La quasi totalità del campione riferisce di ritardi cronici, di scarsezza di forniture, della loro inadeguatezza. Tutti fattori che hanno contribuito ad aumentare il senso di abbandono da parte delle Aziende di riferimento e del Sistema Sanitario in generale e che hanno prodotto come effetto, anche quello della riduzione dei contatti con i propri pazienti e la diminuzione delle visite domiciliari ritenute non sicure. Difficoltà per nulla vissuta dagli specialisti ospedalieri e ambulatoriali che dichiarano, nell'oltre il 90% dei casi, di non avere avuto alcuna difficoltà nel reperire DPI e tute protettive necessarie allo svolgimento delle visite in presenza.



Figura 11 Difficoltà di approvvigionamento dei Dpi e modalità di reperimento alternative



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

In merito ai DPI forniti ai Medici per la protezione loro, e, di conseguenza, dei pazienti, occorre sottolineare un dato preoccupante che rinforza la necessità di maggior controllo sui processi di acquisto: **al 40% dei rispondenti** è capitato che siano state **fornite mascherine prive della certificazione di qualità**.

Altra problematica rilevata è legata ai mezzi di informazione e comunicazione utilizzati dai MMG/PLS per comunicare ai propri assistiti le variazioni intervenute nella gestione degli spazi ambulatoriali e sulla tempistica di ricevimento. La quasi totalità dichiara di aver provveduto ad affiggere sia internamente che esternamente agli studi materiale informativo riportante tutte le informazioni utili per la sicurezza dei singoli, ma solo il 21,7% dichiara di aver provveduto ad informare, attraverso invio generalizzato, tutti i propri assistiti e solo il 14,4% ha inviato informazioni e consigli ai singoli assistiti prima di ciascun appuntamento.



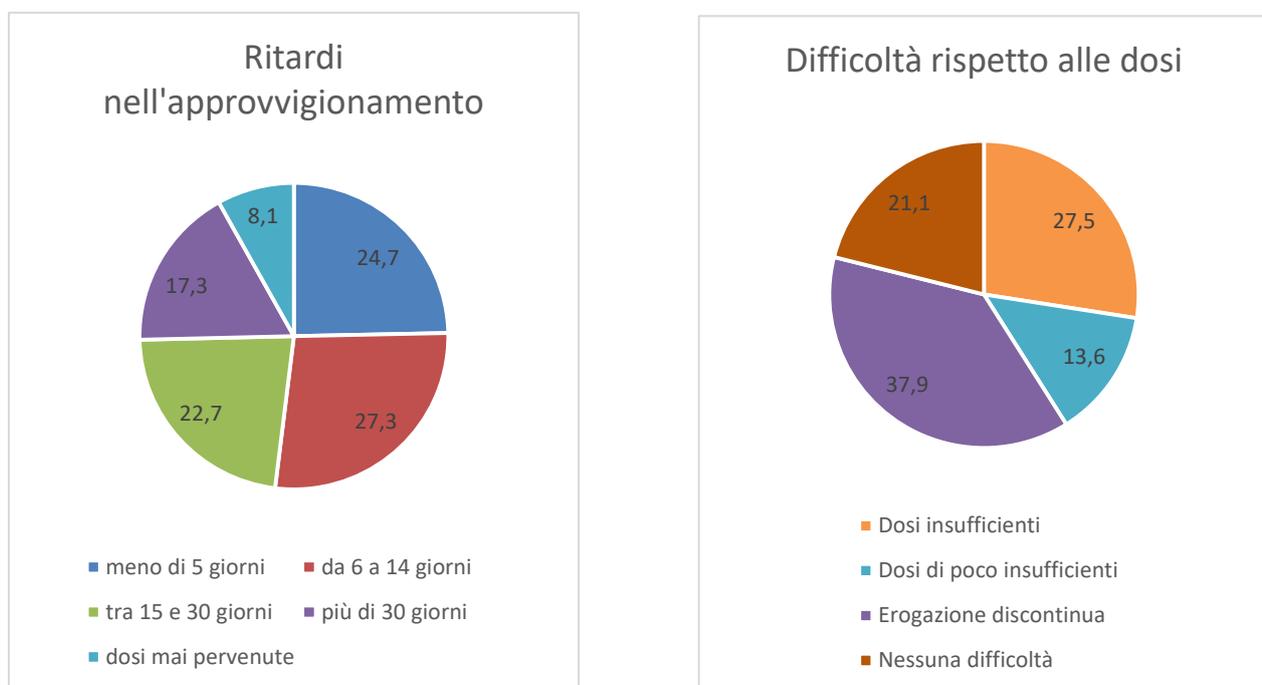
## Il ruolo dei MMG/PLS nella campagna vaccinale antinfluenzale/test sierologici e tamponi

Al momento dell'avvio del progetto si era da poco avviata la campagna vaccinale antinfluenzale che già faceva riscontrare problematiche di varia natura legata principalmente alla diffusione dei vaccini. Gli organi di stampa riportavano notizie in merito ad errori da parte delle regioni nella programmazione dell'acquisto dei vaccini e nella diffusione degli stessi sul territorio, spingendoci ad includere una specifica sezione nella survey che potesse restituirci una fotografia di quanto è realmente avvenuto e di quali difficoltà siano state riscontrate dagli intervistati.

Rispetto alla fornitura di vaccini antinfluenzali necessaria a coprire le fasce target fragili aventi diritto circa il 40% degli intervistati dichiara un ritardo nella consegna effettiva, a far data dall'avvio ufficiale della campagna vaccinale che va dai 15 agli oltre 30 giorni. Il 52% segnala un ritardo che va dai 5 giorni alle due settimane e ben 8% sostiene che le dosi previste non sono mai arrivate a destinazione.

In questo caso la distribuzione territoriale del dato è molto variegata e si distingue nettamente tra regioni che si sono dimostrate più preparate e la cui programmazione è risultata efficace e regioni che invece hanno fatto riscontrare maggiori ritardi e inadeguatezza (per maggiori informazioni si può fare riferimento al report di Cittadinanzattiva sull'accesso civico effettuato presso le regioni e riguardante i piani vaccinali).

Figura 12 Ritardi nell'approvvigionamento di vaccini antinfluenzali e tipologia di difficoltà riscontrate in merito alle dosi



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021



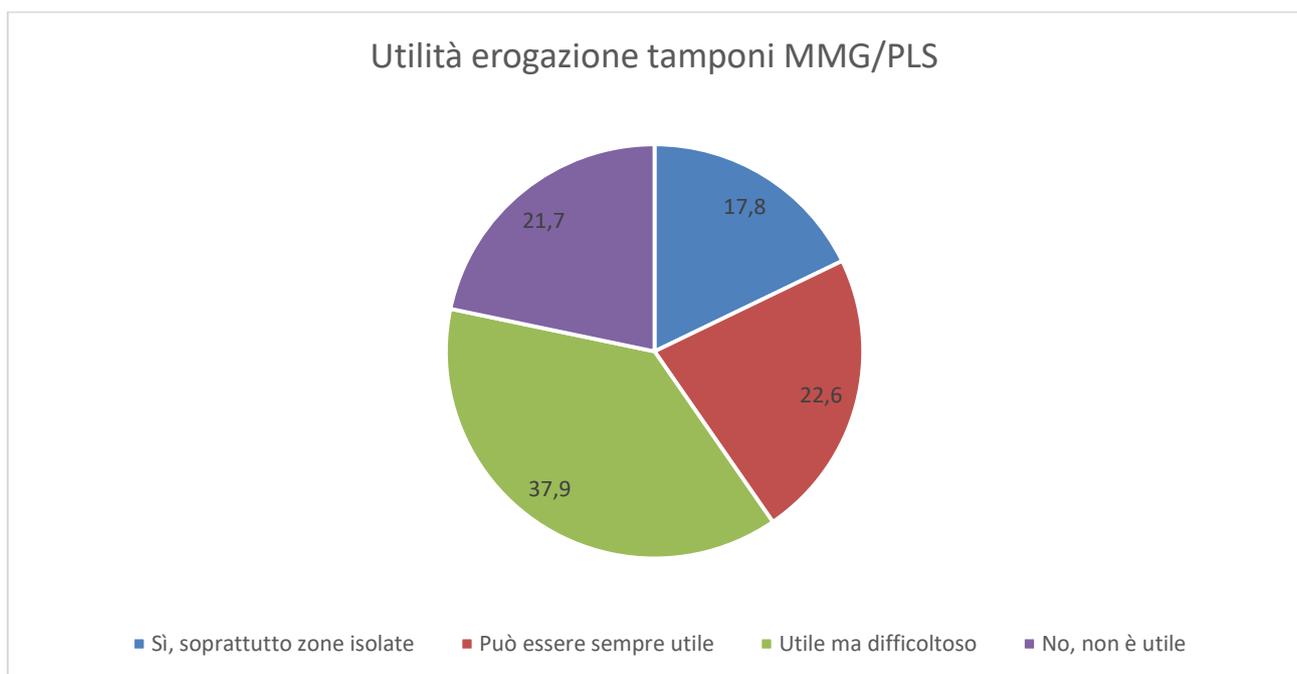
In merito alla quantità di dosi complessivamente ricevute il 21,1% dichiara di non aver avuto nessuna difficoltà, a fronte di un 51,2% che ha registrato consegne numericamente insufficienti o un'erogazione discontinua che ha comportato annullamenti di prenotazione e malumori. Il 27,5% ha segnalato una totale insufficienza delle dosi pervenute ed una estrema difficoltà nella organizzazione delle vaccinazioni.

*"I ritardi nella fornitura di vaccini antinfluenzali mi hanno costretto ad annullare numerosi appuntamenti e a predisporre valutazioni di priorità rispetto alle condizioni dei miei pazienti. Non sono riuscito a vaccinare tutti, fatto che ha generato, in un paio di casi, atteggiamenti violenti nei miei confronti".*

Abbiamo poi chiesto a MMG/PLS la loro percezione di efficacia sull'effettuazione dei tamponi e dei test sierologici per la diagnosi di Covid-19 presso gli studi medici o altre strutture.

Il 40,5% dichiara che si tratta di una misura utile sia nelle zone dove non si riesce ad effettuare tamponi rapidi sia in quelle realtà dove questa possibilità esiste. Il 37,9% dichiara, invece, una sostanziale utilità di questo sistema, ma non senza difficoltà oggettive nella gestione degli spazi e dei pazienti. Il 21,7% la ritiene una misura inutile e pericolosa in termini di sicurezza.

Figura 13 Utilità erogazione tamponi e/o test sierologici da parte di MMG/PLS



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Procedendo all'analisi qualitativa delle risposte pervenute si evince che il servizio di effettuazione tamponi da parte di MMG/PLS risulta far emergere una serie di difficoltà gestionali profonde.

Considerando che la maggior parte dei medici ha uno studio in realtà condominiali, la gestione dei percorsi per l'effettuazione dei tamponi si è rivelata impossibile e rischiosa anche in termini di diffusione del contagio.



*“Le attività ambulatoriali impegnano quasi completamente la giornata ed effettuare i tamponi contribuisce a diminuire notevolmente il numero di visite che riesco ad effettuare. Avrei bisogno, oltretutto, di altri spazi, il mio studio non è pienamente idoneo”*

Le maggiori carenze o difficoltà segnalate riguardano la tempistica. Gli intervistati riferiscono che l'orario di ambulatorio ha subito, in fase pandemica, una dilatazione notevole, che mal si concilia con le esigenze di ulteriore tempo da dedicare ai tamponi. La necessità di personale infermieristico dedicato, la carenza di DPI per la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario, la mancanza di mezzi per la sanificazione costante degli ambienti hanno reso problematica la gestione dei tamponi.

Criticità non indifferente, segnalata da una quota consistente del campione di riferimento, è stata la gestione dei rifiuti speciali il cui ritiro presso gli studi medici è spesso organizzato settimanalmente.

In ultima analisi la decisione di estendere l'effettuazione dei tamponi agli studi medici si è sovrapposta al lancio della campagna vaccinale creando numerose difficoltà nella gestione della sicurezza dei pazienti.



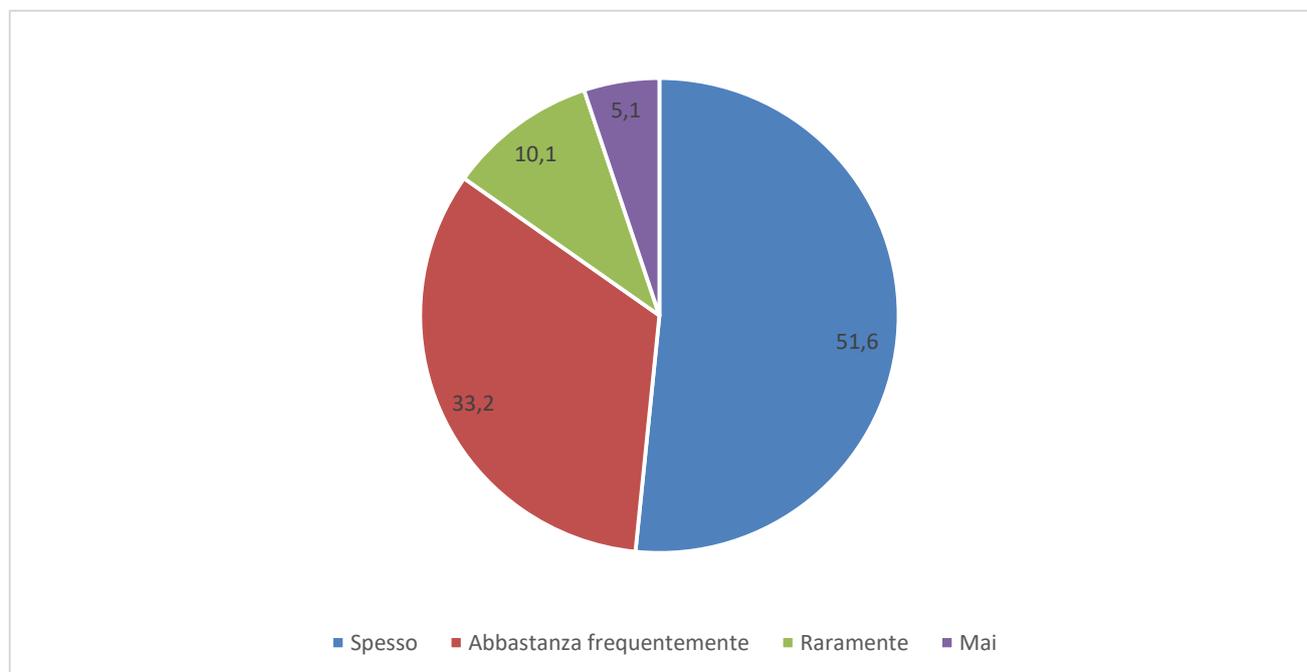
## Il rapporto medico-paziente

La comunicazione mediatica sul Covid è stata, soprattutto in Italia, pressante e travalicante qualsiasi limite. L'utilizzo eccessivo dei social, delle chat e di piattaforme che hanno aumentato la facilità di circolazione di *fake-news* e di informazioni dubbie inerenti farmaci, integratori e altri possibili rimedi contro il virus hanno contribuito a far circolare disinformazione, contribuendo a disattendere le misure di contenimento del contagio.

Ci siamo quindi interrogati se i pazienti, al fine di acquisire informazioni chiare sui comportamenti da tenere, sulle misure da adottare avessero fatto riferimento ai propri medici di famiglia.

Il 51,6% riferisce di essersi trovato spesso a dover rispondere alle esigenze di informazione dei cittadini, percentuale che sale ad oltre l'84% se si prendono in considerazione coloro che dichiarano di aver avuto richieste di informazioni abbastanza frequentemente.

*Figura 14 Ruolo sociale del MMG/PLS e veicolazione informazioni ai pazienti*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Questo dato ci fornisce quindi una immagine del rapporto medico-paziente ancora solido e che si basa sulla fiducia. Chiaramente le percentuali cambiano a seconda che si tratti di un MMG/PLS che esercita in aree interne o rurali o di medici che esercitano in contesti cittadini.

Dati interessanti e analisi altrettanto significative emergono dalla valutazione delle risposte date dagli intervistati in merito alle criticità riscontrate dal mese di settembre in poi nel rispondere ai bisogni di cura dei pazienti, facendo particolare attenzione al tema della sicurezza.

Si registra, nuovamente, una percezione di totale distacco tra il ruolo del MMG/PLS e le aziende di riferimento. La mancata comunicazione ha generato, secondo gli intervistati, gravi problemi nei percorsi



di tutela della salute dei cittadini. Informazioni confuse, spesso contraddittorie, hanno contribuito ad allungare i tempi di attesa per le visite diagnostiche, alla diminuzione dell'aderenza terapeutica e, in molti casi, alla rinuncia delle cure.

Questo dato emerge particolarmente dall'analisi del ruolo sociale che i medici intervistati dichiarano di aver svolto e di continuare a svolgere (il 96,5% ritiene di aver fornito dall'inizio dell'emergenza anche risposte di tipo sociale).

Il tema della comunicazione e delle informazioni riemerge in tutta la sua crudezza e ci restituisce l'immagine di un sistema non in grado di dialogare e il cui funzionamento a silos non ha permesso una risposta organica alle esigenze di salute dei cittadini.

L'assenza di piattaforme specifiche per la telemedicina, la difficoltà nell'interazione con gli specialisti, il forte ridimensionamento o la chiusura delle attività ambulatoriali hanno contribuito a lasciare soli i medici del territorio a fronteggiare richieste da parte dei pazienti difficili da soddisfare.

Questo stato di cose ha prodotto una sorta di cortocircuito, in molti casi, nel rapporto tra medico e paziente che si è in molti casi incrinato vista la impossibilità da parte di MMG/PLS di dare adeguata risposta e continuità alle esigenze dei pazienti.

In ultima analisi abbiamo cercato di approfondire, dal punto di vista dei medici, l'emergente e sempre più contingente problema delle rinunce alle cure da parte di pazienti cronici, rari e oncologici.

Se la prima fase della pandemia aveva fatto registrare un allontanamento volontario dei pazienti in carico al SSN a causa di una diffusa paura del possibile contagio, nel divenire dei mesi abbiamo assistito sempre più ad una progressiva incapacità del sistema di fornire servizi e prestazioni, a causa del ridimensionamento, o della chiusura, delle attività ambulatoriali specialistiche, dello spostamento del personale medico verso servizi Covid e della trasformazione di intere strutture ospedaliere in centri per il contrasto e la cura del virus.

Il 75,8% degli intervistati riferisce, infatti, di aver ricevuto molto spesso o spesso segnalazioni, da parte di propri pazienti, in merito a carenze di informazioni dall'Asl o dalle strutture sanitarie, sulla modalità di prenotazione, gestione ed esecuzione di visite, esami ed interventi annullati o rimandati a tempo indeterminato.

Oltre il 74% ha segnalato l'impossibilità, per i propri pazienti, di avere visite nelle fasce di priorità previste dalla ricetta, fatto che ha costretto ad una rivalutazione delle stesse priorità da parte di MMG/PLS al fine di garantire una riprogrammazione della visita e mantenere un monitoraggio del paziente entro tempi utili (91% degli intervistati ha dichiarato di aver dovuto attribuire un codice di priorità U o B a prescrizioni inizialmente valutate in fascia di priorità differente).

Le conseguenze dell'allungamento dei tempi per l'ottenimento di una visita si sono riversate principalmente sulla qualità della salute dei cittadini e le ricerche elaborate da diversi istituti stanno dimostrando come il mancato accesso alle cure stia producendo una diminuzione generalizzata dei livelli di salute collettiva della popolazione e un aumento non solo delle comorbidità in pazienti fragili, ma anche dei livelli di mortalità per patologie croniche e rare.

*“Mi hanno riferito di valutazioni oncologiche fatte telefonicamente, per non parlare della gestione di tutte le patologie croniche per le quali non venivano fissate le visite di controllo necessarie. C'era*



*l'impossibilità di avere una visita a meno che non venissero fatte richieste con codice di priorità urgente o a 10 giorni. Ma anche in questi casi ho spesso assistito al rimpallo tra le diverse strutture che si dicevano impossibilitate ad eseguire la visita."*

Il 56,1% degli intervistati ha riscontrato personalmente casi di mancate o tardive diagnosi a causa di visite preventive o di controllo annullate, episodi che in alcuni casi hanno avuto come estrema conseguenza la morte del paziente e, in generale un progressivo peggioramento delle condizioni di salute di soggetti già precedentemente in condizione di fragilità.

Questo stato di cose ha prodotto, in molti casi, una disaffezione dei pazienti nei confronti dei propri medici di fiducia, fatto dimostrato incrociando le risposte pervenute per questa survey con le dichiarazioni dei pazienti registrate da Cittadinanzattiva nel suo percorso di tutela dei cittadini e dalle ricerche effettuate in collaborazione con le Associazioni di tutela dei pazienti.

Sono gli stessi MMG/PLS a segnalare l'aumento di casi di aggressività da parte dei propri pazienti e a dirci che l'impossibilità di fornire soluzioni adeguate alle richieste urgenti che provenivano dal territorio ha generato un sentimento di diffidenza e disaffezione.

Nonostante questo, in generale, il ruolo sociale svolto dalla medicina territoriale è stato fondamentale anche dal punto di vista sociale, sottolineando come la figura del medico di prossimità sia centrale nella strutturazione del servizio sanitario.

*"Ho vissuto molti casi in cui le persone erano confuse, cercavano chiarezza sulla malattia, volevano risposte su cosa fare e su come comportarsi. Sinceramente a volte non sapevo nemmeno io cosa rispondere e ho dovuto assumere, nella maggior parte dei casi, un ruolo sociale di ascolto. Il silenzio dei servizi di igiene pubblica, dei distretti, degli ospedali ha moltiplicato i contatti telefonici con i miei pazienti e per la prima volta non mi sono sentito in grado di rispondere adeguatamente"*

*"Continuo a ricevere decine di telefonate da parte di miei assistiti che richiedono un aiuto sociale. Oltre ai problemi di salute si stanno cumulando le difficoltà economiche e da me cercano una parola di conforto, la segnalazione di un servizio, un aiuto diretto"*

Soprattutto tra settembre e ottobre i MMG/PLS hanno dato vita a servizi di contatto con i familiari di miei pazienti ricoverati per Covid che non riuscivano ad avere notizie dei propri congiunti. Grazie alla conoscenza di colleghi ospedalieri, al ruolo professionale svolto e alla capacità di interazione con le strutture sanitarie, sono riusciti a creare servizi di trasferimento informazioni, aiutando a rassicurare chi stava a casa.



## La rinuncia alle cure e la diminuzione dei livelli di salute collettiva

La crisi pandemica ha costretto tutti i Sistemi Sanitari regionali e delle Province Autonome a rimodulare l'offerta di servizi ospedalieri, restringendo le opportunità di accesso e, in molti casi ad interrompere i percorsi di presa in carico.

Contestualmente, però, le esigenze di salute e di prestazioni da parte dei pazienti non sono venute meno e la necessità di risposte ha spinto i soggetti più fragili a percorrere strade alternative di cura.

Il ricorso a **strutture private** per avere visite specialistiche è aumentato significativamente soprattutto per esami diagnostici urgenti legati all'oncologia, con un conseguente aumento della spesa out of pocket che è generalmente aumentata. Questo meccanismo ha contribuito a generare ulteriori **disuguaglianze** in base al reddito dei cittadini, diversificando notevolmente le opportunità di cura e di salute.

Anche rispetto a questo tema si registrano profonde differenze tra regioni economicamente più floride e regioni meno sviluppate. L'estrema frammentazione dei servizi sanitari ha prodotto, quindi, un ulteriore aumento delle disuguaglianze e una diminuzione generalizzata degli standard di salute dei cittadini.

Proprio nelle ultime settimane sono stati pubblicati studi approfonditi in merito al numero di morti durante l'anno pandemico e quello che salta subito agli occhi (dati ISTAT) è che il numero di decessi registrato nel 2020, al netto dei morti per Covid, è superiore di 30.000 unità rispetto alla media dei 5 anni precedenti. Sarebbe opportuno approfondire le ragioni di questo aumento generalizzato della mortalità in Italia e indagare se e quanto sia stato dovuto alla carenza di servizi sanitari offerti e all'interruzione dei percorsi di presa in carico dei pazienti fragili.

Quello che è certo e certificato da numerosi Istituti di ricerca (il più recente è lo studio del Patient Advocacy LAB dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari) è che nel nostro Paese le diagnosi oncologiche e le biopsie si sono pressoché dimezzate e si è registrato un ritardo negli interventi chirurgici nel 64% dei casi.

Il 40% dei pazienti con Sclerosi Multipla ha denunciato problemi di accesso alle terapie farmacologiche a causa del mancato sviluppo della DPC (Diffusione Per Conto), e oltre il 70% ha dovuto rinunciare alla riabilitazione, branca che si conferma particolarmente critica su tutto il territorio nazionale.

Anche la nostra indagine ha intercettato un dato, non confrontante, su questo specifico tema: il 56% dei rispondenti (617 Medici) ha riscontrato personalmente, o su segnalazione dei pazienti, casi di **mancate o tardive diagnosi** a causa dell'annullamento di visite di controllo o preventive.

La disorganizzazione del SSN e dei SSR, partendo dalla carenza di DPI forniti ai medici, ha causato, soprattutto in una prima fase, estreme difficoltà a proseguire nel percorso di cura dei pazienti. In particolare le visite domiciliari sono state ridotte a quei casi ritenuti necessari e che spesso hanno riguardato pazienti Covid positivi che avevano sviluppato criticità legate principalmente all'insufficienza respiratoria, con conseguente ridimensionamento degli spazi di cura per pazienti cronici e rari.

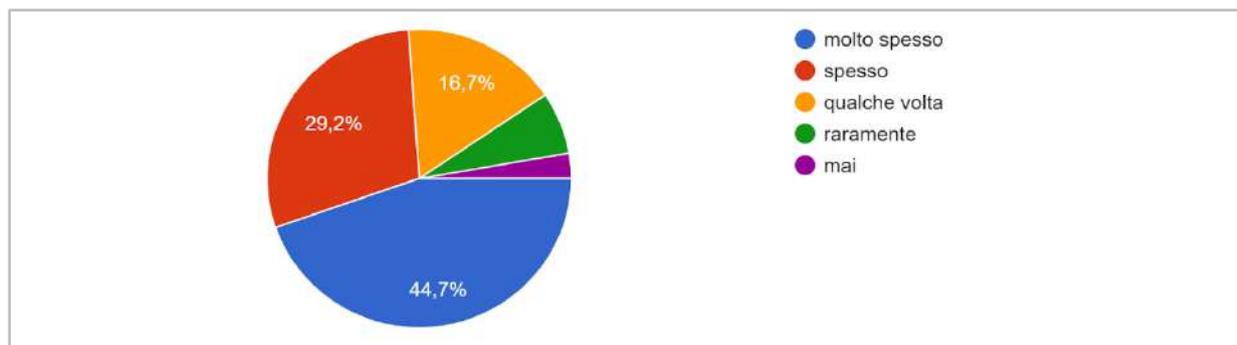
Il mancato dialogo con le Aziende di riferimento e con le strutture ospedaliere, un difficile rapporto con il 118, segnalato da molti intervistati, hanno spesso portato alla difficoltà di predisporre ricoveri dei



pazienti e una complessa gestione domiciliare che ha presupposto anche una pressione da parte dei familiari che è stato difficile gestire.

In merito all'impatto della pandemia su tempi e volumi di attività della cd. sanità "ordinaria", significativi i dati raccolti con la presente indagine. A più del **97%** dei MMG/PLS è capitato che al paziente **non fosse stato possibile avere la visita nella fascia di priorità** indicata nella ricetta. Rispetto alla frequenza, nel 74% dei casi ciò è accaduto "molto spesso" o "spesso", come illustra il grafico seguente.

*Figura 15 Frequenza di casi di mancata prenotazione di visita nella fascia di priorità indicata dal Medico*

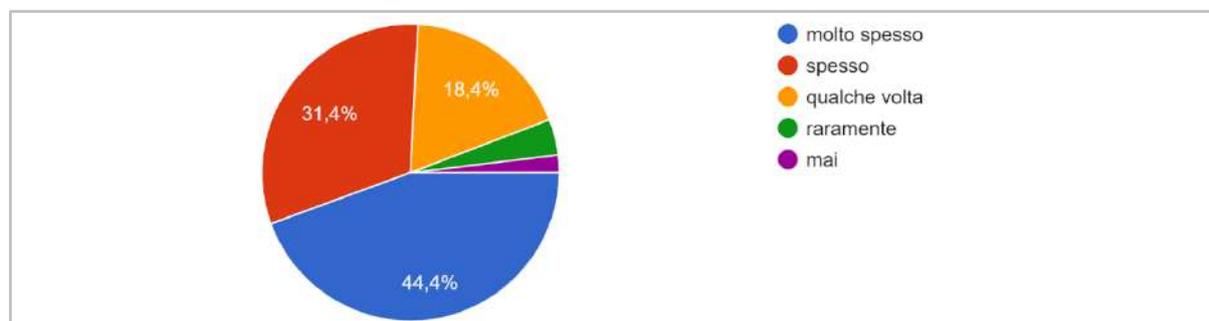


Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

Inoltre occorre corredare tale quadro con un ulteriore dato di dettaglio chiesto ai Medici, vale a dire quanto spesso hanno dovuto **rivalutare il codice di priorità** per la visita oppure **riprogrammarla** per l'ottimale monitoraggio del paziente entro i tempi: il 38,2% ha dovuto provvedere a ciò "tutte le volte". Se a questo valore si aggiunge il dato del 53% dei MMG/PLS che ha dovuto intervenire in questo senso "qualche volta", si raggiunge il valore del 91%.

Si ritiene doveroso menzionare un ulteriore aspetto - fondamentale nell'analisi della pandemia dal punto di vista dei cittadini e della tutela dei loro diritti - strettamente correlato alla restrizione delle prestazioni sanitarie per i pazienti non Covid: diffuso è stato il **disorientamento** dei cittadini a causa della grave **carenza di informazioni**, da parte della Asl o delle strutture sanitarie, sulle modalità di gestione / ri-prenotazione della mole di visite, esami ed interventi già prenotati e poi annullati o rimandati a tempo indeterminato<sup>5</sup>. Il **76% dei Medici** ha ricevuto molto spesso e spesso **segnalazioni e lamentele da parte dei cittadini** su tale criticità con conseguente richiesta di supporto e informazioni.

*Figura 15 Frequenza lamentele dei cittadini per carenza informativa su gestione / ri-prenotazione di visite ed esami annullati o rimandati*



Fonte: Indagine nell'ambito del progetto "Torniamo a curarci", Cittadinanzattiva, 2021

<sup>5</sup> Cfr. il XXIII Rapporto PiT Salute, 2020: nel capitolo dedicato all'emergenza sanitaria da Covid-19 si evidenzia l'ingente numero di segnalazioni di cittadini su questo tema della carenza informativa.



## Conclusioni

Il quadro generale che la ricerca ci restituisce è di un Paese sicuramente fragile, nel quale lo sviluppo dei pilastri che sorreggono il Servizio Sanitario Nazionale non è stato omogeneo nel tempo e che ha conosciuto una nuova frammentazione, generatrice di disuguaglianze e disparità, a seguito della regionalizzazione dei servizi.

Se da un lato abbiamo assistito ad una rimodulazione dei servizi ospedalieri in grado di riadattarli alle esigenze di contenimento, contrasto e cura del contagio, dall'altro tutto sembra essere stato prodotto mettendo da parte le esigenze di salute di pazienti non-Covid che hanno visto ridurre, se non bloccare, le possibilità di accesso soprattutto alle prestazioni specialistiche.

I tassi di benessere e di salute sono generalmente peggiorati nell'ultimo anno e il tasso di mortalità extra-covid è aumentato.

La spesa a carico dei cittadini ha fatto registrare un notevole aumento per prestazioni diagnostiche e specialistiche e si è generato anche un aumento della forbice sociale in base al reddito pro-capite dei pazienti fragili.

La sfida del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe rispondere ad un obiettivo generalizzato di salute e l'organizzazione dell'intero sistema dovrebbe essere in grado di non lasciare indietro nessuno, per rispettare i principi di universalità e gratuità che sono alla base della legge 833 del 1978, istitutiva dello stesso.

La crisi pandemica sembra, invece, fornirci la fotografia di un Sistema che ha dovuto operare una scelta tra l'esigenza di salute di coloro che impattavano con la diffusione del virus e tutti gli altri. A farne le spese sono stati i pazienti fragili non-covid la cui cura sarà alla base delle sfide future che ci troveremo ad affrontare.

Una volta superata la pandemia saremo chiamati a fare i conti con quanto ci siamo lasciati alle spalle è con la notevole richiesta di servizi e salute di soggetti fragili che in questo anno hanno sviluppato nuove patologie, hanno subito ritardi nelle diagnosi e hanno visto peggiorare significativamente le proprie condizioni di benessere e salute legate a patologie pregresse.

La sostenibilità del Sistema si giocherà sulla capacità di rimettere al centro dell'azione politica la Salute dei cittadini, chiudendo definitivamente la stagione dei tagli al finanziamento del SSN e inserendo l'ammodernamento della Sanità in un progetto più ampio di modernizzazione dell'intero paese.

La pandemia ci ha insegnato che il futuro della medicina passa necessariamente da percorsi di sicurezza e dall'utilizzo di tecnologie che consentano anche una presa in carico e un monitoraggio a distanza dei pazienti. Tutto ciò, però, non sarà possibile se non verranno eliminate le disuguaglianze esistenti anche a livello strutturale e non verrà limitata la distanza socioeconomica delle regioni italiane.

La vera sfida di sviluppo di salute in Italia è, quindi, strettamente legata all'idea di sviluppo sostenibile che saremo in grado di applicare nei prossimi anni, consapevoli che non avremo più possibilità di fallimento.



## Nota metodologica

I dati raccolti e presentati nel presente Report non hanno rilevanza dal punto di vista statistico: essi, cioè, non sono espressione di un campione rappresentativo; occorre precisare, perciò, che laddove nel testo è utilizzato il termine “campione”, questo è stato inteso in un’accezione ampia e non tecnica.

Tuttavia si ritiene che i dati quantitativi e le informazioni contenute nelle risposte aperte costituiscano un insieme di rilevante utilità in termini “segnaletici” e per la successiva formulazione di proposte.

Il percorso di analisi si è basato su dati e informazioni rilevate mediante 3 strumenti:

- un questionario rivolto a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- interviste semi-strutturate
- interviste telefoniche.

Il Questionario, predisposto *online* su piattaforma Google Forms, si compone di 35 domande<sup>6</sup>, con modalità di risposta prevalentemente chiuse, ed è stato strutturato in 4 sezioni: si apre con la sezione “Anagrafica e informazioni generali”, contenente dati preliminari utili ad identificare caratteristiche basilari (quali tipologia e modalità di lavoro del medico, collocazione e contesto dello studio, ecc.), e si chiude con una parte dedicata a domande trasversali e conclusive.

Il focus del progetto è rilevato mediante le due aree d’indagine: rispetto all’**innovazione digitale** si è voluto indagare aspetti che attengono all’adozione di nuove tecnologie digitali che utilizzano la rete, in particolare con l’ottica dell’agevolazione dei cittadini / pazienti al fine di ridurre, ove possibile, gli spostamenti fisici in questo periodo. Per quanto concerne l’area della **sicurezza** - intesa sia dei pazienti/cittadini, che dei medici e dell’eventuale personale ausiliario dello studio - sono stati approfonditi gli interventi strutturali e organizzativi implementati e l’adozione di precisi protocolli per garantire la sicurezza nelle visite da svolgere dal vivo, nonché l’impegno nel comunicare tali misure di sicurezza ai cittadini, per rassicurarli e contenere il fenomeno della rinuncia alle cure.

Le due aree sono state a loro volta articolate in sotto temi, l’ultimo dei quali è dedicato a sondare le eventuali criticità vissute o intercettate da parte del Medico, come illustrato dall’elenco sottostante.

### 1. ANAGRAFICA E INFORMAZIONI GENERALI

### 2. INNOVAZIONE DIGITALE

- Servizi di telemedicina del territorio
- Ricetta dematerializzata
- Modalità di contatto / relazione con gli assistiti
- Criticità sul tema “innovazione digitale”

### 3. SICUREZZA

- Misure logistico-organizzative per il contenimento dell’infezione e per un accesso in sicurezza e tranquillità all’ambulatorio medico, incluso il tema “Vaccini, test e tamponi”
- Interventi di adeguamento strutturale
- Comunicazione delle misure di sicurezza e informazione ai cittadini
- Riorganizzazione di alcuni servizi
- Dispositivi di protezione individuali
- Criticità sul tema “sicurezza”

### 4. DOMANDE TRASVERSALI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

---

<sup>6</sup> I dati, anonimi, sono stati trattati in forma aggregata nel rispetto delle norme sulla privacy e della policy di Cittadinanzattiva.



## Ringraziamenti

Il presente rapporto di ricerca è frutto di una collaborazione intensa di un gruppo di lavoro ampio ed eterogeneo costituito da 87 realtà che concorrono allo sviluppo della salute nel nostro Paese.

Lo scambio di informazioni, la disponibilità al dialogo e al confronto sono stati fondamentali per una corretta analisi dei dati e per cercare di definire un quadro organico di quanto accaduto nell'ultimo anno e di come il nostro SSN abbia reagito alle sfide della pandemia.

Importante è stato il ruolo di Tiziana Nicoletti, responsabile dei rapporti con le Associazioni del CnAMC e che ha fornito anche i dati di visione dei pazienti per la comparazione con quanto emergeva dalla survey per MMG/PLS.

In particolare si ringrazia FIMMG che è stato un partner di progetto sin dalle prime fasi di ideazione e che ha fornito non solo un supporto tecnico ma anche in termini di contenuti delle survey grazie al costante dialogo con Mina Le Rose e Paolo Misericordia.

Un grande ringraziamento è doveroso anche per FIMP che ha garantito il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta e che ci ha fornito consigli preziosi per la redazione del questionario di rilevazione.

Si ringraziano Tiziana Fragiacomò e Stefano Kalogerakis di Novartis che ci hanno garantito un dialogo costante e costruttivo, fornendo anche numerosi spunti di riflessione e attenzione.

Il merito principale di questo lavoro è però da attribuire a Rosapaola Metastasio, project manager di Cittadinanzattiva - che ha curato i contenuti delle survey e contribuito a redazione e revisione del testo - senza il cui lavoro sarebbe stato impossibile giungere a questa complessità di analisi.

Si ringrazia anche Maria Eugenia Morreale per il supporto tecnico e per la gestione della parte informatica.

Fondamentale è stato il ruolo dell'Ufficio Comunicazione di Cittadinanzattiva, diretto da Alessandro Cossu che ha svolto un lavoro instancabile nella diffusione della campagna di comunicazione ed è stato punto di riferimento lungo tutto il percorso.

Grazie a Lorenzo Blasina per aver curato tutta la parte grafica e a Luana Scialanca per il prezioso lavoro di revisione del testo.

Per l'Ufficio Relazioni Istituzionali si ringraziano Valentina Condò e Tiziano Tempesta.

Un grazie profondo a Cristiana Montani Natalucci che ha ideato il progetto e ha curato i rapporti con il gruppo di ricerca e i partner di progetto e che non ha mai fatto mancare consigli e attenzioni.

Grazie inoltre ad Antonio Gaudio, Segretario generale di Cittadinanzattiva, e ad Anna Lisa Mandorino e Francesca Moccia, Vice Segretari generali.



Con il patrocinio di:

*Ministero della Salute*

# Non togliamo il medico di turno.

Una mela al giorno non basta per curarsi.

È importante che medici e pazienti ricomincino a farsi visita.

**#Torniamoacurarci** perché oggi è sicuro farlo.

Per qualsiasi problema scrivi a [torniamoacurarci@cittadinanzattiva.it](mailto:torniamoacurarci@cittadinanzattiva.it)



Con il contributo non condizionante di:



Con il patrocinio di:

A.I.R.A. - odv - A.I.F.A. - ODV - A.I.F.I. - A.M.G.R. - Onlus - A.N.F. - Associazione per la Neurofibromatosi GeV - A.N.I.O. - acoi - ADCI - AFADOC - AIG - AIFP - Aiom - AIPAS - AIPO - AISLA - ALGe - Foundation Onlus - Allat-AT odv - ALICe - ALIR - ALTRODOMANI - AMAMI - AMICI ONLUS - AMIP-onlus - AMMI Onlus - AMPI - ANIMASS - ANIMAR - ANIMDO - ANNA - AOGOI - AFMARR - ASBI - ASMARA - ASSOCIAZIONE APNOICI ITALIANI - BPCO - CARD - CIPOMO - CNOP - Cometa A.s.r.m.e. - ODV - Europa Donna - FADCI - FAIS - Famiglie SMA - FAND - FederAsmaeAllergie Onlus - Federazione Italiana Prader-Willi - FEDERFARMA - FEDERSANITA - ANCI - FIASO - FIMP - FIRMO - FISM - FMP - FNOMCeO - FORUM ARARE - GIMBE - Gruppo LES Italiano ODV - IG-IBD - Lega Italiana Sclerosi Sistemica APS - LILA - ORTOMED - PARKINSON ITALIA - PERIPL0 - RESPIRIAMO INSIEME - Rete Oncologica Veneta - S.I.Fa.P. - S/DeMaST - S/IE - S/ie endocrinologia - S/IF - SIGG - SIGO - SIMBA - SIMDO - SIMEU - SIMFER - SIMG - Sin - SIOT - SIP - S/IR - S/ISC - SITO - UILDM - UTIFAR

# Campagna nazionale “Non togliamo il medico di turno”

## SURVEY RIVOLTA AI MEDICI

Gentilissima/o,

Cittadinanzattiva, nell’ambito della Campagna “Non togliamo il medico di turno” - in collaborazione con la FIMMG, con il patrocinio del Ministero della Salute, con il sostegno 87 realtà del mondo dell’attivismo civico, della tutela dei pazienti, delle professioni sanitarie e della scienza - sta svolgendo un’indagine rivolta ai Medici, mediante diverse modalità di rilevazione di dati. Il presente strumento è un Questionario rivolto a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

L’andamento dell'emergenza ha subito cambiamenti significativi nel corso dei primi mesi autunnali, e - sebbene alcune realtà sanitarie siano in grado di garantire percorsi di presa in carico sicuri e separati da quelli Covid - si rende necessario focalizzare il messaggio della Campagna sul ripristino e sul mantenimento dell’**interazione** tra medici e pazienti, sia mediante l’utilizzo delle **nuove tecnologie** - fermo restando che le tele-visite non possano del tutto sostituire le visite in presenza e la fase diagnostica - sia attraverso l’adozione di protocolli e accorgimenti per garantire la **sicurezza** nelle visite che è necessario svolgere dal vivo. Si è ritenuto fondamentale rilevare anche l’impegno nel comunicare efficacemente tali misure di sicurezza ai cittadini, per rassicurarli e contenere il fenomeno della **rinuncia alle cure**.

La Survey si focalizza, perciò, su tali due aree indagine:

### 1. Innovazione digitale

### 2. Sicurezza.

Rispetto all’area “Innovazione digitale” si vogliono rilevare aspetti che attengono all’adozione di nuove tecnologie digitali che utilizzano la rete, in particolare con l’ottica dell’agevolazione dei cittadini/ pazienti al fine di ridurre ove possibile gli spostamenti fisici in questo periodo.

La sicurezza si intende riferita a pazienti/cittadini, medici ed eventuale personale ausiliario<sup>1</sup>.

Riteniamo utile, inoltre, completare il quadro che emergerà dai dati rilevati mediante i Questionari ai Medici, raccogliendo con intervista semi-strutturata anche il prezioso punto di vista delle Società Scientifiche e Associazioni di pazienti patrocinanti.

La ringraziamo per il tempo (circa 12-15') che potrà dedicare a rispondere a questo Questionario, di 35 domande.

Nel fornire le risposte consideri come periodo di riferimento quello dall’inizio di settembre ad oggi, salvo quando diversamente specificato.

Quando l’elenco di modalità di risposta presenta i simboli , significa che si può barrare una sola scelta; quando presenta il simbolo , si possono selezionare più opzioni.

Il Questionario è anonimo e i dati verranno trattati in forma aggregata nel rispetto delle norme sulla privacy e della [nostra policy](#).

Per informazioni: [www.torniamoacurarci.it](http://www.torniamoacurarci.it)

N.B. Per chiarimenti o difficoltà di compilazione, scrivere a: [I.latella@cittadinanzattiva.it](mailto:I.latella@cittadinanzattiva.it)

Versione al 01.12.20

---

<sup>1</sup> Infermiere di studio, segretario, addetti pulizie, ecc.

## Questionario

### Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

#### ANAGRAFICA E INFO GENERALI

- REGIONE \_\_\_\_\_
- Città \_\_\_\_\_ Provincia /\_/\_/
- **Ruolo**  
MMG   
PLS
- **Fascia d'età**  
25-34   
35-44   
45-54   
55-64   
65 anni e oltre
- **Modalità di lavoro**  
Studio medico singolo   
Medicina in Associazione semplice   
Medicina di Gruppo   
Medicina di Rete   
Continuità Assistenziale e/o sostituto di Assistenza Primaria
- **Attualmente è impegnato anche in:**  
AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)   
USCA (Unità Speciali Continuità Assistenziali)   
Nessuna delle due precedenti
- Nome completo Azienda Sanitaria<sup>2</sup> di afferenza \_\_\_\_\_
- **Il suo studio principale si trova in:**  
una città, in zona centrale   
una città, in zona semiperiferica o periferica   
un paese   
una zona con popolazione sparsa e/o frazioni abitative
- **Il suo studio principale è collocato in un'area interna<sup>3</sup>?**  
 Sì  
 NO  
 NON SO

<sup>2</sup> Vale per le varie denominazioni: ASP (Azienda Sanitaria Provinciale), AULSS (Azienda Unità Locale Socio Sanitaria), ATS (Agenzia di Tutela della Salute), Area Vasta, ecc.

<sup>3</sup> Nel nostro Paese le **aree interne** rappresentano il 52% dei Comuni (circa 4000), in una porzione di territorio che supera il 60% di quello totale, e ospitano circa il 25% della popolazione nazionale. Si contraddistinguono per:

- la significativa distanza dai centri di offerta di **servizi essenziali** (di istruzione, salute e mobilità) e dalla dismissione progressiva dei **servizi a rete** (tra cui anche uffici postali e sportelli bancari), con un aumento del livello di **disuguaglianze**, sia nell'**accesso** ai servizi, che nella **qualità** degli stessi servizi offerti.

- uno spopolamento progressivo e l'invecchiamento della popolazione residente

- un **divario digitale** significativo.

## INNOVAZIONE DIGITALE

### Servizi di telemedicina del Territorio

1. Ha implementato modalità digitali/telematiche per visitare i suoi assistiti da remoto (tele-visita), quando possibile, al fine di ridurre l'accesso fisico all'ambulatorio?

Sì  NO

1.1 Se sì, le utilizzava già prima della pandemia?

Sì  NO

2. Per le attività inerenti alla Telemedicina, utilizza software gestionali o apposite piattaforme web di servizi informatici per la Medicina Generale?

Sì  NO  Non Pertinente: non svolgo attività di Telemedicina

2.1 Se sì, su iniziativa di chi?

- su autonoma iniziativa sua o dell'Associazione di medici di cui fa parte
- su disposizione / circolare dell'Azienda Sanitaria

2.1.1 Se "su disposizione della Asl", quest'ultima ha fornito gli strumenti informatici?

Sì  NO

3. Utilizza la tele-cooperazione? (MMG-Specialista-paziente)

Sì  NO

3.1 Se no, è interessato ad utilizzarla?

Sì  NO

4. La Regione in cui opera ha provveduto ad emettere regolamenti e/o raccomandazioni per l'adozione di modalità assistenziali riconducibili alla telemedicina?

Sì  NO

5. Vede la Telemedicina, in generale, come una risorsa per gestire le cronicità?

Sì  NO

6. Effettua assistenza domiciliare dei pazienti cronici mediante tele-monitoraggio?

Sì  NO

6.1 Se sì, per la valutazione/monitoraggio a distanza<sup>4</sup> dei parametri dei pazienti, vengono utilizzati sensori digitali per trasmettere dati diagnostici rilevati al domicilio<sup>5</sup>?

Sì  NO

6.2 Se no, quali aspetti organizzativi e/o risorse sarebbero necessari per implementarlo?

\_\_\_\_\_

### **RICETTA DEMATERIALIZZATA**

7. In merito alla possibilità di utilizzo della "ricetta elettronica" senza stampare il promemoria cartaceo, implementata in periodo emergenziale, ritiene che tale modalità sia da implementare in modo stabile in futuro?

Sì  NO

<sup>4</sup> Quali ad es.: pulsossimetro multiparametrico, pO2, TC, Fc, ECG, PA, ecc.

<sup>5</sup> Consentendo la piena realizzazione del concetto di Reperibilità a Distanza - DPCM 8/04/2020 n. 23 (Connected Care).

**8. Quali canali sta utilizzando prevalentemente per inviare il promemoria e il codice NRE?**

*(barrare i più utilizzati, fino ad un massimo di 3)*

- e-mail automatiche tramite software gestionale di studio
- e-mail dirette
- SMS automatici tramite software gestionale di studio
- SMS
- FSE
- comunicazione telefonica
- app per smartphone che consente invio di messaggi multimediali (es. whatsapp)
- altro, specificare \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI CONTATTO / RELAZIONE CON GLI ASSISTITI**

**9. Fornisce ai suoi assistiti un numero di telefono mobile?**

SÌ  NO

Se sì,

9.1 lo forniva già prima dell'emergenza?

SÌ  NO

9.2 trattasi di:

- numero di cellulare personale?
- numero di cellulare appositamente dedicato al lavoro

Se numero personale,

è sempre disponibile

riceve telefonate in specifiche fasce orarie in cui è contattabile

In quest'ultimo caso, tali fasce orarie sono state generalmente rispettate dai pazienti negli ultimi 3 mesi?

SÌ  NO

**10. Le è stato attribuito un indirizzo e-mail "aziendale"<sup>6</sup>?**

SÌ  NO

Se sì,

10.1 è pubblicato sul portale dell'azienda sanitaria?

SÌ  NO

10.2 Lo sta utilizzando per comunicare con i pazienti (richiesta prescrizioni, ecc.)?

SÌ  NO

10.2.1 Se sì, lo utilizzava abitualmente anche prima dell'emergenza sanitaria?

SÌ  NO

**11. Per comunicare con i pazienti utilizza il suo indirizzo di posta elettronica personale?**

SÌ  NO

<sup>6</sup> S'intende e-mail professionale, ossia con dominio della ASL o istituzione sanitaria di afferenza (es. nome.cognome@aslXY1.it).

**12. Oltre alla posta elettronica e alle telefonate, utilizza modalità/mezzi digitali e online per interagire a distanza con i pazienti?**

SÌ  NO

12.1 Se sì, per ciascuno dei seguenti canali specifichi:

- se lo utilizzava già prima dell'emergenza (riferimento 2019)
- se lo ha utilizzato durante l'emergenza;
- se attualmente lo ritiene così utile nello svolgimento della professione, da pensare di utilizzarlo in futuro anche dopo l'emergenza.

*Se non si ritrova in alcuna delle modalità di risposta, lasci in bianco.*

	LO USAVO GIÀ PRIMA DELL'EMERGENZA (2019)	L'HO USATO NELLA FASE EMERGENZIALE	LO USEREI IN FUTURO
SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
app per smartphone per invio di messaggi anche multimediali (video, audio, foto) (es. whatsapp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piattaforme di videointerazione in tempo reale (es. Skype, Zoom, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piattaforme web specifiche di comunicazione dedicate ai medici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2 Eventuali note o specificazioni:

---

**12.3 Se sì, utilizza modalità digitali / online, accessibili direttamente dall'utenza, per gestire le seguenti due attività?**

Per ciascuna specifichi:

- se era digitalizzata/online già prima dell'emergenza (riferimento 2019);
- se ha utilizzato modalità digitalizzate/online per gestirla durante l'emergenza;
- se attualmente ne ritiene così utile la gestione digitale/online per lo svolgimento della professione, da pensare di utilizzarla in futuro anche dopo l'emergenza.

*Se non si ritrova in alcuna delle modalità di risposta, lasci in bianco.*

	ERANO DIGITALIZZATE/ONLINE GIÀ PRIMA DELL'EMERGENZA	LE HO GESTITE CON MODALITÀ DIGITALIZZATE/ONLINE NELLA FASE EMERGENZIALE	LE GESTIREI CON MODALITÀ DIGITALIZZATE/ONLINE IN FUTURO
prenotazioni degli appuntamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attività prescrittive (richiesta di farmaci, visite specialistiche, certificati), invio referti, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CRITICITÀ SUL TEMA “INNOVAZIONE DIGITALE”**

**13. Sulla sua attività quali conseguenze operative hanno avuto, in particolare, queste nuove modalità di comunicazione con gli assistiti (che si sono dovute adottare o incrementare in questo periodo)?**

	Di molto ridotta	Parzialmente ridotta	Rimasta invariata	Parzialmente aumentata	Di molto aumentata
13.1 La sua presenza in studio complessivamente è:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.2 La possibilità di essere contattato da parte dei suoi assistiti è complessivamente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.3 L'entità del flusso di informazioni/dati trasmessi da parte dei suoi assistiti attraverso questi sistemi di comunicazione, è:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.4 Nella sua esperienza, gestire, archiviare, sistematizzare tutte le informazioni che fluiscono, in questo periodo, attraverso questa multicanalità, è:

- Molto semplice
- Abbastanza semplice
- Abbastanza difficile
- Molto difficile

**14. Nella sua esperienza, quali sono le principali difficoltà incontrate da settembre ad oggi come medico di famiglia per rispondere “a distanza” ai bisogni di cura e assistenza?**

---

---

## SICUREZZA

### MISURE LOGISTICO-ORGANIZZATIVE PER IL CONTENIMENTO DELL'INFEZIONE E PER UN ACCESSO IN SICUREZZA E TRANQUILLITÀ ALL'AMBULATORIO MEDICO

**15. In questi mesi gli studi medici hanno spesso dovuto riorganizzare l'accesso al pubblico: gli orari del suo studio hanno subito modifiche dall'inizio di settembre ad oggi?**

SÌ  NO

15.1 Se sì, si è trattato di:

ampliamento delle ore di apertura   
diminuzione delle ore di apertura

**16. Dall'inizio di settembre ad oggi ha adottato nel suo studio cambiamenti organizzativi nelle modalità di accesso<sup>7</sup> al pubblico per ridurre la contemporanea presenza di più pazienti ed escludere l'accesso di pazienti sospetti/positivi?**

16.1 Se sì, quali misure organizzative ha adottato? (possibili più risposte)

Triage telefonico preliminare all'accesso in studio   
Misurazione della temperatura con termometro a infrarossi   
Maggior coinvolgimento del personale di studio nella gestione della sala d'attesa   
compilazione, all'arrivo, di un questionario di autocertificazione su stili di vita adottati nei 15 gg precedenti   
accesso soltanto su appuntamento   
contingentamento degli accessi   
estensione delle fasce orarie di reperibilità telefonica   
altro, specificare \_\_\_\_\_

**17. Ha ricevuto lamentele o segnalazioni da parte dei pazienti relativamente a difficoltà di accesso allo studio / difficoltà a contattarla?**

SÌ  NO

#### Vaccini, test e tamponi

**18. Quali strategie ha messo in campo per organizzare la campagna vaccinale antinfluenzale in sicurezza?**

specifiche fasce orarie della giornata/della settimana dedicate alla somministrazione   
somministrazione su appuntamento   
incremento della somministrazione a domicilio   
Attivazione di spazi intra/extra ambulatoriali   
Assunzione di personale aggiuntivo dedicato   
altro, specificare \_\_\_\_\_

**19. Rispetto alla fornitura di vaccini antinfluenzali necessaria a "coprire" le fasce target fragili aventi diritto, quanto tempo è trascorso tra la data "ufficiale" di avvio della campagna regionale e l'effettiva consegna a lei delle dosi di vaccino?**

meno di 5 giorni   
da 6 a 14 giorni   
tra 15 e 30 giorni   
più di 30 giorni   
dosi mai pervenute

<sup>7</sup> S'intende oltre all'eventuale incremento di utilizzo di tecnologia digitale per ridurre gli accessi, trattata nella sezione precedente.

**19.1 Che tipo di difficoltà ha incontrato rispetto alle quantità di dosi complessivamente ricevute?**

- dosi consegnate assolutamente insufficienti
- dosi consegnate di poco insufficienti
- erogazione discontinua o “a singhiozzo” che ha comportato annullamenti di appuntamenti
- nessuna difficoltà

**20. Ritiene che l'effettuazione da parte dei MMG/PLS dei tamponi e/o dei test sierologici per la diagnosi di Covid-19 possa essere utile?**

- Sì, soprattutto nelle zone dove non si riesce a fare un tampone in tempi rapidi
- Può essere sempre utile, anche nelle zone dove si riesce ad effettuare un tampone in tempi rapidi
- Può essere utile, ma risulta comunque difficoltoso
- No, non è utile

20.1 Se ha risposto “Può essere utile, ma risulta comunque difficoltoso”, quale ritiene che sia la maggior difficoltà per poter svolgere questa funzione?

\_\_\_\_\_

**21. L'Azienda Sanitaria territoriale di afferenza ha emanato LLGG di supporto ai medici di famiglia sulle azioni da intraprendere negli ambulatori medici per garantire sicurezza e tranquillità?**

- SÌ  NO

**INTERVENTI DI ADEGUAMENTO STRUTTURALE**

**22. Ha posto in essere nel suo studio interventi di adeguamento strutturale o accorgimenti logistici per la sicurezza?**

- SÌ  NO

22.1 Se sì, quali misure?

	SÌ	NO	Non Pertinente: incompatibile con caratteristiche strutturali
erogatore/dispenser di gel disinfettante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
barriere di plexiglass davanti alla scrivania	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
strisce adesive sul pavimento per tracciare percorsi, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
percorsi differenziati tra entrata e uscita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
segnaletica sul pavimento per il distanziamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
adesivi/cartelli sulle sedie della sala d'attesa per inibirne l'uso in modo alternato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## COMUNICAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA E INFORMAZIONE AI CITTADINI

**23. Come ha comunicato agli assistiti le variazioni delle modalità di accesso all'ambulatorio (appuntamenti, orari, ecc.) e le nuove regole<sup>8</sup> di sicurezza da seguire da parte di cittadini e di medici? (possibili più risposte)**

- invio generalizzato di informativa a tutti gli assistiti via e-mail<sup>9</sup> / SMS/ whatsapp
- invio ai singoli assistiti prima di ciascun appuntamento di informativa digitale su comportamenti da osservare
- aggiornamento della sua scheda personale sul sito web dell'azienda sanitaria di afferenza
- esposizione/affissione di materiali informativi all'interno dello studio (bacheca, display, pareti, ecc.)
- affissione di materiali informativi all'esterno dello studio (visionabili anche quando è chiuso)

23.1 I materiali informativi su regole e comportamenti per la sicurezza:

- sono stati tutti ideati e autoprodotti da lei
- alcuni sono stati forniti dall'Azienda Sanitaria

**24. Gli assistiti vengono informati delle procedure adottate per la sanificazione degli ambienti e delle relative tempistiche?**

- SÌ  NO

**25. Dall'inizio dell'emergenza sono circolate su media, social e chat diverse fake news e informazioni dubbie inerenti a farmaci, integratori e altro, ritenuti potenziali rimedi contro il Covid-19. I cittadini si sono rivolti a lei per chiedere chiarimenti?**

- spesso
- qualche volta
- raramente
- mai

## RIORGANIZZAZIONE DI ALCUNI SERVIZI

**26. A suo parere, riguardo alla capacità di reagire all'emergenza nel ri-organizzare la sanità ordinaria in sicurezza (es. percorsi separati dedicati al Covid, attivazione delle USCA, regolamenti di accesso omogenei, adeguamento di agende e percorsi ecc.), l'Azienda Sanitaria cui il suo studio afferisce ha:**

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
reagito con tempestività nell'implementare soluzioni organizzative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
implementato soluzioni che si sono rivelate efficaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
attivato una quantità di servizi e iniziative che si è rivelata sufficiente per rispondere ai bisogni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26.1 Eventuali note o specificazioni

---

**27. Ha svolto visite domiciliari?**

- Sì, regolarmente
- sì, ma ho ridotto ai casi strettamente necessari e non monitorabili a distanza
- sì, ma ho limitato ai soli pazienti cronici non monitorabili a distanza
- no, per insufficienza/inadeguatezza di DPI forniti
- no, per altri motivi, specificare \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> I comportamenti da adottare quali ad es.: indossare mascherina, tipologia di mascherina ammessa, presentarsi senza accompagnatori, disdire appuntamento in caso di sintomi, ecc.).

<sup>9</sup> S'intende, chiaramente, a coloro i quali hanno dato consenso a comunicare via posta elettronica e fornito l'indirizzo e-mail.

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI

**28. Da settembre ad oggi, ha avuto difficoltà di approvvigionamento dei DPI a lei necessari allo svolgimento delle visite in presenza?**

- sì, ma solo inizialmente
- sì e tuttora
- no

28.1 Se sì, per supplire alla carenza di DPI:

- ha dovuto acquistarli di tasca propria
- ne ha ricevuti tramite Associazioni
- altro, specificare \_\_\_\_\_

**29. È capitato che le siano state fornite per la sua protezione, mascherine prive delle certificazioni di qualità?**

- SÌ  NO

### CRITICITÀ SUL TEMA "SICUREZZA"

**30. Nella sua esperienza, quali sono le altre principali difficoltà incontrate da settembre ad oggi per rispondere ai bisogni di cura tutelando la SICUREZZA sua e dei pazienti, nei casi di necessità di visite "in presenza"? E quali iniziative dovrebbero essere messe in campo per ridurre il fenomeno della rinuncia alle cure e per ripristinare il rapporto medico-paziente?**

\_\_\_\_\_

### DOMANDE TRASVERSALI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

**31. Ha ricevuto segnalazioni/lamentele da parte dei cittadini in merito a carenza di informazioni da parte della Asl o dalle strutture sanitarie sulle modalità di gestione o ri-prenotazione delle visite ed interventi annullati o rimandati a tempo indeterminato?**

- molto spesso
- spesso
- qualche volta
- raramente
- mai

**32. Da settembre ad oggi le è capitato che al paziente non fosse stato possibile avere la visita nella fascia di priorità che lei aveva indicato nella ricetta?**

- molto spesso
- spesso
- qualche volta
- raramente
- mai

32.1 Se sì, ha dovuto rivalutare il codice di priorità per la visita / riprogrammarla per l'ottimale monitoraggio del paziente entro i tempi?

- sì, tutte le volte
- sì, qualche volta
- raramente
- mai

**33. Il suo studio è dotato di strumenti di diagnostica di primo livello<sup>10</sup>?**

SÌ  NO

33.1 Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**34. Ha riscontrato personalmente casi di mancate/tardive diagnosi a causa di visite di controllo/preventive annullate (o ne ha avuto segnalazioni dai pazienti)?**

SÌ  NO

**35. Oltre al ruolo sanitario, ritiene di aver fornito dall'inizio dell'emergenza anche risposte ai bisogni di tipo "sociale" dei cittadini (es. informazione/rassicurazione, orientamento, ecc.)?**

SÌ  NO

35.1 Se sì, può raccontare brevemente un'esperienza, un caso particolare (*facoltativa*)

\_\_\_\_\_

<sup>10</sup> Quali ad es.: ECG, holter pressorio, spirometro, dermoscan, EcoFast, servizi di tele-care e tele-Health e telemonitoraggio, ecc.

# Torniamo a curarci

non togliamo il medico di turno



con il Patrocinio di *Ministero della Salute*

con il contributo non condizionato di  **NOVARTIS**

in collaborazione con:

ADOI, ACOI, AFADOC, AIC, AIFA, AIFI, AIFP, AIOM, AIPAS, AIPO, AIRA, AISLA, ALCE, Alfa 1 - AT, ALICE, ALIR, ALTRODOMANI, AMAMI, AMICI, AMIP, AMMI, AMOR, AMRI, ANF, ANIMASS, ANIO, ANMAR, ANMDO, ANNA, AOGOI, APMARR, ASSOCIAZIONE APNOICI ITALIANI, ASBI, ASMARA, BPCO, CARD, CIPOMO, CNOP, COMETA, EUROPA DONNA, FADOI, FAIS, Famiglie SMA, FAND, Federasma Allergie, FEDERFARMA, FEDERSANITA' ANCI, FIASO, FIMP, FIRMO, FISM, fmp, FNOMCeO, FORUM ARARE, GIMBE, IG-IBD, LES, LILA, ORTOMED, PARKINSON ITALIA, PERIPLO, PRADER WILLI, RESPIRIAMO INSIEME, ROV, LEGA ITALIANASCLEROSI SISTEMICA, SIE, SIE Endocrinologia, SIDEMAST, SIF, SIFAP, SIGG, SIGO, SIMBA, SIMDO, SIMEU, SIMFER, SIMG, SIN, SIOT, SIP, Sir, SISC, Sito, UILDM, UTIFAR.