

Il Distretto Sanitario post-Covid

relazione a cura di

ANTONELLA GUIDA, MARIA POMPEA BERNARDI,
STANISLAO NAPOLANO

Premessa

A quasi 30 anni dall'approvazione del Decreto Legislativo 502/92 e delle successive sue modifiche ed integrazioni, pur rimanendo condivisibile ed attuale l'impianto strutturale dell'organizzazione della Sanità nelle 3 Macroaree (Ospedaliera, Prevenzione e Territoriale), appare evidente a tutti che le aree Prevenzione e Territoriale necessitano di un potente rimaneggiamento per rispondere alle attuali esigenze di salute e di cura della popolazione italiana, consapevoli ormai che nuove sfide non possono essere affrontate con vecchi paradigmi concettuali e organizzativi. I processi di aziendalizzazione previsti dal Decreto Legislativo n. 229/99, sebbene abbiano dato a suo tempo un'immagine di revisione profonda della struttura organizzativa delle Aziende e degli Enti sanitari, hanno invece gemmato nuove posizioni di potere quasi sempre coniugate al potere politico, quasi mai orientate al miglioramento di salute delle popolazioni di riferimento, risolvendosi in percorsi di autocompiacimento e autoreferenzialità. La durata triennale degli incarichi di vertice è risultata scelta infelice, incapace di determinare una programmazione che potesse concludersi nella realizzazione di azioni coerenti e definitive.

Nemmeno la revisione del titolo V della Costituzione, con la Legge Costituzionale n. 3/2001, che determinava, in ambito sanitario, la speranzosa prospettiva

di una più concreta realizzazione dei bisogni sanitari, perché più vicini alla domanda, mediante un'azione regolatoria di prossimità determinata dalle Regioni, ha poi dato i frutti attesi, determinando invece una frantumazione del SSN, una disomogeneità organizzativa (che non sarebbe tuttavia il male peggiore), una diseguità di accessi e prestazioni, nel nome di una regionalizzazione incompiuta che fa della "sanità" il luogo controverso di scontri e ipocrite rivendicazioni, in una relazione Nord/Sud che dilania i cittadini tra loro piuttosto che garantirne la salute, diventando talvolta palcoscenico individuale di presidenti di regione in cerca di visibilità.

Il ruolo concorrente delle Regioni, nell'ambito della "tutela della salute", rispetto al ruolo del Governo si è espresso in tutta la sua fragilità applicativa nel corso della Pandemia da Coronavirus SARS-CoV-2, durante la quale la Politica ha toccato con mano quanto i cittadini vivono tutti i giorni, e cioè lo scollamento totale tra la programmazione nazionale, gli atti regionali e la realizzazione delle singole Aziende ed Enti del SSN: in una parola, la difficoltà di attuare il principio di sussidiarietà verticale perfino in condizioni di emergenza nazionale, evidenziando talvolta uno screditante scaricabarile nell'assunzione delle responsabilità, nel rimpallo continuo tra la determinazione dei principi fondamentali e la potestà legislativa.

È inoltre evidente quanto le transizioni demografica e tecnologica a cui ab-

biamo assistito negli ultimi dieci anni impongano una revisione dell'offerta di diagnosi e cura che trascenda dalla erogazione puntuale di prestazioni a domanda, tipiche di una medicina d'attesa, virando verso un'offerta che definisca piuttosto un modello di cura con la presa in carico del paziente in forma proattiva, secondo principi di iniziativa che possano dare una nuova vitalità e concretezza ai grandi temi della Prevenzione. Gli insuccessi delle tematiche di prevenzione (dagli screening oncologici all'adozione di corretti stili di vita), i modelli correnti alimentari e di vita grandemente lontani da comportamenti appropriati, l'uso e l'abuso di sostanze e alcool, la sempre scarsa attività fisica e la mancata adozione di azioni di prevenzione nei soggetti malati (come la diffusione impercettibile dell'Attività Fisica Adattata) determinano la modifica dei pattern di patologia verso quel grande estuario di malattia che è la cronicità. Il mancato coinvolgimento pratico (e talvolta emotivo) della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta, a volte la loro solitudine d'iniziativa, il ruolo di comprimari assenti dei Medici della Continuità Assistenziale, l'aspetto distaccato della Specialistica Ambulatoriale rispetto ai percorsi di salute dei cittadini/pazienti, hanno contribuito alla decadenza concettuale del "Valore" della Medicina Territoriale che oggi annaspa di fronte a migliaia di pazienti malati di Covid nelle loro case e a pazienti cronici accantonati in attesa di una più sicura formula di frequentazione dei luoghi della salute.

Ma l'esperienza recente delle USCA, laddove attive e non relegate soltanto all'esecuzione dei tamponi, che hanno effettuato invece un accesso domiciliare "reale" ci suggerisce e dimostra che un'altra Medicina del Territorio è possibile, una rinnovata relazione con gli ambiti sociali e una potente sinergia con il

Comitato dei Sindaci per la definizione degli obiettivi distrettuali è indispensabile, un'altra configurazione del modello del Distretto Sanitario è necessaria.

Da queste sintetiche ma attualissime considerazioni è nata la presente riflessione del "Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo" che propone un nuovo Distretto Sanitario, completamente rivisitato, come proposta di rinnovamento della sanità territoriale, come contributo per la ripresa di una discussione nazionale che deve trovare quanto prima una riattivazione decisa e credibile, riconoscendo gli errori del passato e provando a sistematizzare l'esperienza del presente.

La proposta che segue naturalmente determina impatti su tutta una serie di norme di legge nazionali, di aspetti contrattuali, economici, sociali e amministrativi che andranno, a loro volta, riconfigurati.

Lo sforzo della proposta sta anche nell'aver cercato di individuare queste connessioni relazionali che, con effetto domino, dovranno essere modificate, nella consapevolezza di non essere esaustiva in tal senso ma sicuramente soddisfacente.

A) L'attualità L'applicabilità nell'ambito del Next Generation EU

Nell'attuale congiuntura politica nazionale ed internazionale, in particolar modo in relazione alla programmazione delle azioni e delle attività correlate al Next Generation EU, la presente proposta risponde in maniera completa ed equilibrata alla sfida del cambiamento, determinando un incremento della potenzialità e dell'appropriatezza di accesso ai servizi sanitari, riducendo le disomogeneità organizzative, favorendo la transizione digitale, po-

tenziando le azioni per il conseguimento di pari opportunità ed il ricambio generazionale.

La proposta risulta coerente in tutte le sue componenti, si colloca nel solco delle iniziative di riforma nazionali richieste dall'Europa, in tal caso del SSN, ormai maturo per un deciso cambiamento per quanto sopra abbiamo riportato: in questo ambito è evidente quanto si sia verificato uno stallo "di produttività" che reclama modifiche necessarie per riprendere in piena forza ed efficacia. Né servono al Sistema le esperienze eccellenti non diffuse, i "camei" professionali che nutrono solo alcuni "ego" o danno risposte a pazienti iperselezionati.

La riforma che si prospetta accompagnerà inoltre un programma di spesa il cui finanziamento sarà preludio al rientro della spesa stessa in termini non solo puramente economici, ma anche di valore intangibile, quali esiti di salute.

Sempre nell'ambito del NEXT Generation EU, la proposta qui presentata affronta anche il tema del divario territoriale e si inserisce a pieno titolo nell'attuazione del "Piano Sud" (34%).

Core della Missione 6, si integra pienamente con altre Missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, intercettando anche le Missioni 1 (Digitalizzazione), Missione 4 (Istruzione e Ricerca), Missione 5 (Inclusione e Coesione), incrocia gli assi di intervento dell'inclusione sociale e dell'innovazione, valorizza una delle priorità trasversali del PNRR, quella del riequilibrio territoriale, rientra pienamente nel Piano di Riforma Nazionale.

Inoltre, essa:

- ✓ Entra nel programma delle Riforme di Settore;
- ✓ Genera interoperatività tra i sistemi informatici;
- ✓ Rafforza le capacità amministrative in materia digitale;

- ✓ Aumenta le competenze e rafforza i sistemi che attengono alla Privacy, alla Protezione dati, alla Cyber security;
- ✓ Affronta il problema dei Big Data;
- ✓ Rafforza la governance dei Distretti Sanitari.

Per la "componente SUD" la nostra proposta:

- ✓ Riduce i divari territoriali;
- ✓ Utilizza il criterio prioritario di allocazione territoriale degli interventi;
- ✓ Potenzia le dotazioni infrastrutturali e la qualità del Servizio Sanitario quale servizio pubblico essenziale;
- ✓ Conferisce nuova dignità ed equità alle Aree Interne (Missione 5);
- ✓ Aumenta e tutela l'assistenza sanitaria di prossimità;
- ✓ Si approccia con metodologia globale al tema salute nell'ottica di OneHealth (salute, ambiente, clima);
- ✓ Permette l'accesso alle popolazioni di regioni in Piano di rientro ai servizi sanitari extraLEA.

B) Il Nuovo Modello Organizzativo proposto dal "Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo"

L'Azienda Territoriale

La proposta parte, dunque, da nuovi paradigmi: anzitutto dalla costituzione di ASL solo territoriali, scorporandone i presidi ospedalieri aziendali, che possono essere aggregati alle AORN esistenti nell'area o costituire di per sé delle Aziende Ospedaliere Provinciali (AOP). In tal modo il modello ospedalocentrico, che assorbe risorse senza fine, in dispregio della ripartizione delle risorse come previsto dalle norme vigenti tra Area Ospedaliera, Area Territoriale, Area Prevenzione, sarebbe auto-

maticamente superato. Gli auspicati processi di “integrazione Ospedale-Territorio” sono stati finora fallimentari perché fondamentalmente errato il principio economico-finanziario, e cioè il meccanismo di finanziamento della produzione ospedaliera per “DRG”. L’errore concettuale non più tollerabile sta nel fatto che con il DRG viene finanziata “la malattia” e non la salute, in un perverso gioco di autoalimentazione di flussi economici. Gli obiettivi programmatori di una Azienda Ospedaliera infatti vengono costruiti sulla “produzione di ricovero”, premiando e ripagando prestazioni sulla cui appropriatezza e sulla cui governance né la ASL a cui è iscritto il paziente, né tantomeno il Medico di Medicina Generale, hanno alcuna influenza. E nell’insieme tutto il sistema di remunerazione a tariffa per prestazione non determina alcuna valutazione riconducibile ai livelli di salute. I tetti di spesa, utilizzati per circoscrivere l’impegno economico nei vari settori, costituiscono solo una modalità regolatoria di tipo meccanicistico, che non permette di indagare né creare correlazioni di “Valore” per l’impatto che il consumo di risorse determina sulla Salute. Naturalmente questo tema trascende l’attuale proposta ma apre ad un approfondimento serio e indifferibile sull’argomento, specie se tale tema viene immaginato come core della sostenibilità dell’intero Sistema Sanitario Nazionale. Non attiene a questo lavoro una nuova ipotesi di ridefinizione del sistema di remunerazione ospedaliera, ma certamente nuovi indicatori di salute, di processo, di esito potrebbero sostituirsi efficacemente al sistema del DRG, spesso oggetto di comportamenti opportunistici, se non dolosi, ma che inevitabilmente sottraggono risorse all’attività territoriale.

Con il modello che qui si propone (scorporo degli ospedali dalle ASL) l’ASL potrà svolgere finalmente la funzione di Committenza verso le strutture

ospedaliere, con una nuova governance delle cronicità mediata dal Distretto Sanitario.

In tal modo il superamento della dicotomia “ospedale-territorio” potrà nascere dalle prassi effettivamente realizzate, dai PDTA integrati, dalle cure intermedie integrate già in pieno sviluppo nel paese, superando la logica del “a chi competono” le cure ed affermando la logica del “chi è in grado di dare la risposta in modo più appropriato, efficace, efficiente e nel luogo e nei tempi più adeguati”.

La proposta di riorganizzazione, in assenza di un dibattito “rifondativo” del Distretto a livello nazionale, è quella di un Distretto che abbia una “governance” forte, tesa a coordinare ed erogare prestazioni sanitarie territoriali rispondenti ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e portatrice di pluri-patologie.

La Committenza e la Produzione

Tutti i testi di Management sottolineano la separazione tra le funzioni aziendali di committenza e produzione. In ambito sanitario attualmente il Distretto Sanitario esercita, a considerazione dei più, una funzione di produzione, in proprio o mediante soggetti accreditati istituzionalmente. C’è uno strumento che per una volta l’anno (nel migliore dei casi) pone il Direttore del Distretto nella parte del Committente: il PAT (Piano delle Attività Territoriali), in cui, identificando per aspetti epidemiologici, demografici, sociali ed economici, i bisogni socio-sanitari della popolazione di riferimento, qui egli determina, con le risorse disponibili, la propria programmazione delle Attività, stabilendo con l’Ambito Sociale di riferimento, un patto di integrazione che trova, nella scheda 3.7 la sua sintesi programmatica. In alcune Regioni tale funzione di committenza

viene estremizzata, essendosi determinata una netta separazione tra la programmazione e l'erogazione, quest'ultima garantita non più da luoghi e persone dell'Azienda Sanitaria, ma delegata a soggetti terzi, a varia estrazione e varia morfologia amministrativa, che attraverso un metodo di valorizzazione economica dei processi di cura, assumono l'onere di realizzarlo. Al Distretto resta il compito di monitorare i percorsi e gli esiti di cura, con grandi difficoltà alla rinegoziazione contrattuale laddove, come nel caso della pandemia, occorresse rimodulare l'offerta in maniera precipitosa ed imprevedibile.

D'altro canto, una Committenza esclusiva della Direzione Strategica, come oggi si determina, deve essere riconfigurata in una Committenza condivisa, nella quale, con l'assunzione di responsabilità del Direttore di Distretto, si declina la programmazione dei servizi, l'obiettivo di salute di popolazione, l'integrazione con gli Ambiti sociali, la relazione con il privato accreditato, l'onere di cura con l'area Ospedaliera e le AORN di riferimento.

Per tale obiettivo il Distretto sanitario deve essere geograficamente riposizionato in una nuova dimensione demografica, secondo un range di popolazione compreso tra i 160.000 e 180.000 abitanti (nella compatibilità della programmazione territoriale). Saranno fatte salve tutte le deroghe e le limitazioni derivanti da condizioni orogeografiche e di densità abitativa, per le quali appositi indicatori correttivi permetteranno di stabilire a priori la dimensione di popolazione. In tal modo il numero dei Distretti Sanitari si ridurrà fino ad 1/3 degli attuali, con notevoli contrazioni di spesa strutturale, con liberazione di fondi destinabili al cambiamento organizzativo, alla digitalizzazione, alla telemedicina, alla formazione continua.

Fermo restando la possibilità che il

Direttore Responsabile del Distretto sia una delle professionalità sanitarie o tecniche previste dalla normativa vigente, questa proposta ritiene prevalente l'opinione che un Distretto Sanitario debba essere guidato da un Medico, dipendente o convenzionato, in possesso di background di studi e di esperienza; è oltremodo necessario che il Direttore del Distretto, nella nuova dimensione demografica, sia coadiuvato da un Dirigente Amministrativo e un Dirigente Sanitario con i quali declinare la funzione di Committenza, utilizzando vari strumenti di lavoro. Con essi si costituisce la Direzione Distrettuale che opera secondo un programma condiviso dal management strategico nelle linee generali.

La individuazione del Dirigente Sanitario e del Dirigente Amministrativo avviene su segnalazione del Direttore di Distretto al Direttore Generale: è indispensabile un rapporto fiduciario basato su solida intesa.

Il Direttore di Distretto negozia il budget per la struttura ogni anno per l'annualità successiva, sulla base di un documento programmatico, collegato alla programmazione aziendale ed al PAT distrettuale.

Il personale di ogni ruolo e profilo garantisce flessibilità operativa e continuità nella formazione, specie in relazione a nuove competenze nella gestione di supporti informatici all'assistenza.

Resta per inteso che i dirigenti che affiancano il direttore del distretto debbono avere precisi requisiti che attestino le loro capacità nel ricoprire tale incarico..

Funzioni della Direzione Distrettuale

Considerato l'aumento della popolazione di riferimento a cui offrire risposte assistenziali eque ed omogenee, considerate le strutture private accreditate esistenti e le strutture ospedaliere da cui

acquistare prestazioni, la Direzione Distrettuale si configura con una capacità operativa rilevante, a cui necessita individuare la rete dell'offerta assistenziale ma anche di renderla "navigabile", costruendo relazioni stabili tra i nodi della rete stessa, definendo nuove competenze che sappiano prendersi carico della transizione dell'assistenza nei vari setting, fino alla personalizzazione di una risposta assistenziale basata su Piani Assistenziali Individuali, costruendo relazioni e interdisciplinarietà, superando finanche il concetto di standardizzazione delle cure a favore di una personalizzazione delle stesse.

Il Direttore del Distretto, secondo le linee di indirizzo della Direzione Aziendale, costruisce reti e relazioni operative con altre articolazioni di altre Aziende, nonché con l'Ambito territoriale di riferimento con il quale definisce per esteso i percorsi di welfare socio-sanitario, in un'ottica di sostenibilità dei servizi ove la Sanità non sia più una funzione vicariante di un sociale inesistente o scarsamente presente o penosamente distratto. Egli sovrintende ai bisogni sanitari ma anche ai bisogni interni dei propri dipendenti e collaboratori, rendendo congruo il sistema tra domanda e offerta, ricollocando geograficamente i punti di erogazione (in caso di bisogni a larga diffusione) o centralizzandoli se del caso per migliorarne volumi e qualità, o rendendoli in teleconsulto ove ciò sia praticabile o necessario. Egli in sostanza esprime una "Visione" del percorso di assistenza, traccia le coordinate di riferimento sociale, impone il senso di direzione delle azioni e definisce gli obiettivi di salute della sua popolazione, nel tempo, privilegiando principi di equità, prossimità, tempestività, appropriatezza, innovazione, modulando la complessità degli interventi secondo una nuova flessibilità organizzativa che la crisi Covid ci ha imposto di praticare.

Lo sviluppo della domiciliarità delle cure è anch'esso un tema urgente, già reso necessario da varie dinamiche (età avanzata della popolazione, lungosopravvivenza ad eventi acuti, solitudine sociale, famiglie monoparentali) ma che nell'empirismo dell'assistenza Covid abbiamo imparato a rivalutare sotto un nuovo aspetto, che ha determinato la necessità di dedicarvi uno specifico paragrafo.

Per quanto riguarda le dotazioni organiche, al pari del pur contestato DM 70/2015 si rileva necessaria l'adozione di un Piano di programmazione della rete territoriale che dimensiona le strutture e le relative dotazioni organiche, per riconoscere pari dignità alle strutture territoriali.

Per lo svolgimento delle funzioni sopra indicate sono previsti in staff al Direttore del Distretto i seguenti Servizi:

- ✓ Servizio per i bisogni integrati Socio-sanitari e relazioni con l'Ambito;
- ✓ Servizio per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, Qualità delle Cure e Rischio Clinico;
- ✓ Servizio Epidemiologia territoriale, Statistica di popolazione e Reportistica di produzione;
- ✓ Servizio Formazione, Tirocini, Stages;
- ✓ Servizio Flussi Informativi Territoriali e Gestione Liste di Attesa;
- ✓ Servizio delle Professioni Sanitarie del Territorio.

La Gestione dei Flussi informativi si rileva come funzione strategica e condizionante la funzionalità globale del Distretto, sia nel censimento delle attività che nel monitoraggio delle azioni e nell'esito delle stesse, sia per la valutazione degli aspetti produttivi e di performance, che per quelli di impegno di risorse e raggiungimento di obiettivi, attraverso la generazione di un cruscotto gestionale di indicatori di varia natura. Specifiche professionalità e adeguate compe-

tenze devono risiedere nel Distretto Sanitario, capaci di tradurre il lavoro svolto e la visione prospettica in elaborati di sintesi, nel linguaggio della comunicazione e della trasmissione dati. Adeguati sistemi di alert devono richiamare l'attenzione della Direzione in tempo reale in caso di distorsioni di sistema o comportamenti inappropriati. Una reportistica periodica deve ritornare alla catena produttiva per favorire un processo di autovalutazione e miglioramento.

La Direzione distrettuale valuta percorsi di appropriatezza prescrittiva, di setting di cura, di appropriatezza di utilizzo di farmaci e dispositivi, effettua studi epidemiologici di popolazione, svolge valutazione comparata per l'allocazione delle risorse, sviluppa report periodici sullo stato di salute della popolazione distrettuale, elabora indicatori di performance, individua gli obiettivi distrettuali e delle singole Aree, funzionali agli obiettivi generali dell'Azienda. Propone la progressione delle carriere dei dirigenti e del comparto. Si attiene a principi di trasparenza, rotazione degli incarichi, favorisce la partecipazione degli utenti e delle Associazioni dei pazienti, del Volontariato e del Terzo Settore.

Fermo restando le centralizzazioni per gli approvvigionamenti a valenza aziendale, le relazioni con le Regioni per i Centri di programmazione della spesa e l'approvvigionamento di Grandi macchine, Sistemi di comunicazione e di informatizzazione che necessariamente devono rivestire una valenza unica regionale, l'adesione a piattaforme di flussi e di acquisti, la Direzione Distrettuale deve svolgere anche, dopo la funzione di programmazione, anche funzioni di monitoraggio e controllo in area Amministrativa con il Dirigente Amministrativo (verifica fatture e tempi di pagamento, analisi e monitoraggio della spesa del personale, gestione del personale, garantire gli approvvigionamenti per l'area

della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro – es. DPI, arredi, piccoli interventi di manutenzione, ecc. –, acquisti urgenti per bisogni sanitari particolari, gare sotto soglia per interventi specifici).

Il Dirigente Amministrativo a sua volta monitora il funzionamento delle reti informatiche, assicura gli strumenti di lavoro per lo smartworking e la telemedicina, collabora con i Dipartimenti Amministrativi per le interconnessioni operative.

A sua volta il Dirigente Sanitario costruisce con il Direttore di Distretto la mappa delle risorse, monitora l'applicazione del PDTA aziendali per le cronicità e le complessità, segue con le sedute di UCAD l'applicazione della Medicina del Territorio anche in ambito contrattuale, attiva percorsi innovativi di Telemedicina, favorisce le Cure domiciliari, intercetta attraverso le UVM i bisogni complessi e integrati, individua percorsi formativi specifici distrettuali, collabora con i Dipartimenti sanitari per le interconnessioni operative, garantisce risorse al 118.

Il Distretto “fluido” vince la contesa tra Distretto forte e Distretto debole

La diatriba scolastica tra Distretto “forte” e Distretto “debole” mai risolta, ad oggi deve essere necessariamente superata, da una nuova prospettiva: IL DISTRETTO FLUIDO.

Uno degli errori che riveliamo a oltre vent'anni dall'aziendalizzazione, che ha determinato il fallimento della sanità territoriale, è quello di un pensiero dominante che è sempre stato quello di riproporre l'organizzazione dell'ospedale, compreso il suo sviluppo gerarchico verticale e la sua organizzazione in dipartimenti, unità operative semplici o complesse, sul modello ospedalieri: tale formula, se efficace, nell'ambito dell'acuzie complicata, mal si adatta a una presa in carico del cittadino e dei suoi

bisogni sociosanitari nella variabilità quotidiana della loro espressione. Si è pensato di creare strutture territoriali che appaiono riproduzioni in scala ridotta di un poliambulatorio ospedaliero, ricercando solo un apparente coinvolgimento organizzativo e non integrazioni di competenze, tra le figure sanitarie qui operanti. Questi modelli chiusi e lontani dai territori, che diminuiscono il valore della prossimità, soprattutto nelle realtà più disperse del paese, hanno già dimostrato il proprio limite: l'inefficacia del modello organizzativo è stata addossata alla dimensione contrattuale, identificando nella dipendenza, in alternativa al convenzionamento, la chiave risolutiva. Il dibattito è oggi quanto mai attuale, in relazione a tutta l'area della Medicina Convenzionata con pressioni e richieste dall'Europa che sembra vedere nel Convenzionamento un malessere strutturale condizionante. Poco affonderemo in questo tema il nostro discorso perchè attiene a dimensioni politico-sindacali-previdenziali di rilevante impatto, con grandi interferenze e condizionamenti non necessariamente negativi, ma sicuramente importanti per troppi stakeholders, i cui interessi non possono essere analizzati in questa sede.

Da anni raccontiamo ai Congressi e ai Convegni che è necessario “uscire dai silos”, che è necessario “lavorare in integrazione”, che l'offerta di salute va “plasmata sul bisogno secondo un Piano di Attività Individualizzato”, che nessun bisogno sanitario è sovrapponibile all'altro, che le risposte assistenziali devono essere unitarie ed unificanti, che le Reti assistenziali assicurano performance di salute migliori, che “si lavora per obiettivi” e così via.

È giunto il momento di fare un passo avanti, costruendo un distretto “FLUIDO” che cioè si configura intorno al paziente e non intorno agli operatori, i quali mantengono certamente ruoli e

professioni, ma ne modificano l'esercizio a seconda del bisogno reale e non teorico. In realtà l'organizzazione territoriale potrà trovare il suo equilibrio nel momento in cui i sistemi si focalizzeranno non su modelli centrati sulla struttura, ma su modelli centrati sulle competenze, funzioni e relazioni dei diversi professionisti.

La pandemia ci ha insegnato che più pronta è la risposta di riorganizzazione delle funzioni più efficace è l'intervento, più rapidamente si costituisce un nuovo team intorno alla “persona”, più rapidamente la presa in carico è reale e soddisfacente per il paziente, ma è anche “contaminante” per i riottosi (non a caso il modello “USCA” è stato replicato in altre proposte e altri modelli).

In questo senso il Distretto Sanitario va riconfigurato in Aree che rimodulino l'offerta e assorbano al loro interno anche funzioni attualmente sconnesse con il distretto ma che impattano notevolmente sui livelli di salute. Tali Aree diventano il luogo della PRODUZIONE, delle interconnessioni, della transizione tra l'offerta assistenziale, per un paziente che si muove lungo una gradazione di setting e di intensità di cure crescenti, avendo come riferimento prioritario il proprio Case manager distrettuale. In tal senso il ruolo dell'UVM riveste una posizione strategica, individuando per ciascun paziente un vero casemanager distrettuale che accompagni la domanda e governi le risposte ottimizzando i percorsi.

Il personale sa di non essere più in una condizione cristallizzata e immutabile, ma risponde, anche contrattualmente, alla domanda del paziente, direttamente, da remoto, con consulenze o consultazioni anche telefoniche o con videochiamata, nell'ottimizzazione del tempo di ciascuno, nella semplificazione burocratico/amministrativa, utilizzando piattaforme di rilevazione dati e prestazioni, tali da costituire una “cartella cli-

nica territoriale”. Le piattaforme di rilevazione dati pazienti COVID che si sono sperimentate in pandemia hanno spazzato via le perplessità e le resistenze all'utilizzo dei mezzi informatici anche nella gestione del paziente territoriale.

Va superata anche la frattura profonda che isola le attività distrettuali da quelle, pur territoriali, del Dipartimento di Salute Mentale e quello, a volte strutturato, delle Dipendenze. Si ritiene infatti strumentale isolare dalla presa in carico distrettuale unitaria i pazienti dell'area psichiatrica e delle dipendenze, non essendo costoro cittadini/pazienti portatori di bisogni puntuali ma sicuramente molteplici e complessi, sia dal punto di vista meramente assistenziale che sociale. L'integrazione nell'ambito del Distretto, in sede di UVM, va sempre perseguita per poi promanarsi in un percorso assistenziale individuale, sempre sotto l'egida del Direttore del Distretto o delegato.

L'organizzazione assistenziale secondo modelli di HUB e Spoke (o di I e II livello) è determinante per la presa in carico delle diverse intensità di bisogno sanitario. In territori così vasti vengono programmati:

- ✓ **1 poliambulatorio di II livello HUB per distretto per la presa in carico delle Cronicità** – con tutte le branche specialistiche, un Centro Diabetologico di II livello, un Centro per le Patologie Respiratorie, un Centro per le patologie dismetaboliche, un Centro per le Patologie Osteoartrosiche e Reumatologiche, un ambulatorio infermieristico di II livello, con diagnostica corrispondente, un centro prelievi. Questi Centri specialistici di II Livello sono connessi funzionalmente con i MMG/PLS/SA attraverso piattaforme informatiche per la implementazione ed il monitoraggio dei PDTA. I MMG/PLS, nell'ambito

delle AFT, possono svolgere il ruolo di medici esperti in varie branche, previa specifica formazione regionale o aziendale e dotazione strumentale di base. Anche le AFT “specialistiche” potranno esprimere qui il loro potenziale assistenziale e di integrazione in modelli organizzativi più complessi e multiprofessionali.

- ✓ **1 poliambulatorio di I livello per ogni 50.000 abitanti** con le specialità ad alta frequenza, 1 Centro diabetologico di I livello, un ambulatorio infermieristico di I livello, centro prelievi, diagnostica di base.

Tutta la rimanente attività assistenziale del Distretto viene rimodulata in **Aree di attività Sanitaria**, aggregate per funzioni concettuali piuttosto che per aree di competenza:

A) Area della Prevenzione

- a. Screening oncologici e studi di popolazione;
- b. Screening di popolazione (obesità, ipertensione, diabete, endocrinopatie);
- c. Centro vaccinale adulto e pediatrico, obbligatorie e raccomandate;
- d. Sorveglianza sanitaria, d'intesa con il Dipartimento di Prevenzione, e contact tracing;
- e. Preparazione, prevenzione e cura del Parto, prevenzione patologie post-partuum;
- f. Prevenzione e assistenza alle IVG, rapporto con gli ospedali di riferimento;
- g. Prevenzione patologie adolescenziali (relazionali e psicofisiche);
- h. Prevenzione dei maltrattamenti e trattamento degli uomini maltrattati;
- i. Prevenzione del disagio psichico, psicologico e delle dipendenze.

B) Area delle Cure Primarie

- a. Attività di supporto per l'accesso alle cure (CUP, anagrafe sanitaria, esenzioni, certificazioni, assistenza indiretta, PMA...);
- b. Poliambulatori di I livello;
- c. Poliambulatori di II livello per la presa in carico delle cronicità;
- d. MMG, PLS, AFT, C.A., relazione con il Servizio 118;
- e. Assistenza in area Penitenziaria (ove necessario per la presenza di strutture carcerarie sul territorio);
- f. Assistenza integrata con l'area della Salute Mentale (e gestione del periodo della transizione);
- g. Nucleo di Neuropsichiatria Infantile;
- h. Farmacia distrettuale;
- i. Supporto giuridico e psicologico alle tematiche familiari.

C) Area delle Cure Domiciliari e Territoriali

- a. Cure Palliative e Terapia del dolore;
- b. Assistenza riabilitativa e protesica;
- c. Assistenza domiciliare complessa e integrata - NAD;
- d. Telemedicina - Teleconsulti - Gestione Piattaforme integrate e Telecomunicazioni;
- e. RSA, Hospice, SUAP, Dialisi domiciliare;
- f. Relazioni con gli ospedali di riferimento.

D) Area delle Dipendenze e della Salute Mentale

- a. Raccordo con l'area della Prevenzione per le Dipendenze e il Disagio Mentale;
- b. Strutture socio-sanitarie di ricovero e cura;
- c. Gestione doppia diagnosi;
- d. Centri Diurni;
- e. SERD e nuove dipendenze;
- f. Processi di reinserimento e riabilitazione, strutture mobili di assistenza territoriale;
- g. SPDC;

- h. Centri specialistici per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

E) Area della Produzione esterna

Programmazione e assegnazione budget, monitoraggio mensile, liquidazioni emolumenti, azioni di controllo, attività autorizzativa e ispettiva) per:

- a. Ricoveri ordinari;
- b. Ricoveri ospedalieri post-acuti - cod. 28 e cod. 75;
- c. Ricoveri ospedalieri pazienti cronici in PDTA - cod. 56 e cod. 60;
- d. Ricoveri residenziali e riabilitativi (degenza e diurni);
- e. Governance Strutture Accreditate (Specialistica ambulatoriale e diagnostica);
- f. Emodialisi.

Le Aree Amministrative del Distretto sono:

A) Area Economico-finanziaria

- a. Monitoraggio, Gestione e liquidazione fatture;
- b. Controllo di gestione e monitoraggio del budget, individuazione strategie correttive;
- c. Supporto amministrativo alla Governance delle strutture accreditate.

B) Area Provveditorato

- a. Gestione ordini e acquisti su piattaforme regionali e nazionali;
- b. Gestione e monitoraggio attività e compensi ditte esternalizzate;
- c. Gestione economato.

C) Area informatizzazione

- a. Costruzione informatica reti assistenziali per PDTA e monitoraggio esiti salute su piattaforme dedicate;
- b. Relazione con gli Utenti e le Associazioni Pazienti;
- c. Attivazione e supporto Telemedicina, Teleconsulto, Televisita.

D) Area Gestione Patrimonio e Manutenzione

- a. Programmazione interventi ordinari;
- b. Gestione emergenze;
- c. Adeguamenti straordinari o per nuove attività.

E) Area Legale e gestione del personale

- a. Consulenza Legale e Gestione del personale;
- c. Intramoenia e Rapporti sindacali;
- e. Applicazione Piano della Performance.

Nella proposta è individuata anche la necessità di coordinamento delle varie aree tematiche, al fine di una uniformità tecnico-scientifica, che favorisca obiettivi comuni sull'intera azienda, svolga processi formativi per il rafforzamento culturale e professionale degli operatori, concorra alla valutazione e misurazione degli esiti di salute, produca Linee guida e PDTA. L'insieme dei Distretti così riconfigurati trova la sua sintesi finale nella **costituzione di un Dipartimento Distrettuale**.

Gli strumenti operativi

La realizzazione degli interventi assistenziali non acuti passa attraverso un processo di presa in carico individuale che deve utilizzare strumenti operativi standardizzati e diffusi, tali da garantire equità ed omogeneità nei percorsi e nell'esigibilità delle prestazioni sanitarie. Tali strumenti operativi sono già attivi e codificati, seppur in maniera non omogenea:

- 1) P.U.A. Porta Unica di Accesso;
- 2) U.V.I. Unità di Valutazione Integrata;
- 3) U.V.B.R. Unità di Valutazione Riabilitativa;

- 4) P.D.T.A. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
- 5) A.F.T. Aggregazione Funzionale Territoriale (MMG, PLS, S.A.);
- 6) Reti Assistenziali;
- 7) Piattaforma unica aziendale connessa a Piattaforma regionale;
- 8) Percorsi di Audit e Revisione dei processi organizzativi e assistenziali.

Questi strumenti sono già ampiamente descritti in letteratura e nelle norme regolanti le attività sanitarie nazionali e regionali. È necessario che essi diventino in ogni distretto reali e funzionanti, perché perno strutturale del cambiamento.

Il sistema delle cure domiciliari

L'obiettivo sanitario delle Cure Domiciliari rivestono un ruolo strategico, sia nell'assicurare assistenza di prossimità estrema, facendo diventare la casa il luogo di cura, sia nel rendere concreta e reale quella integrazione socio-sanitaria e multiprofessionale più volte auspicata. Le Cure Domiciliari nella visione della nostra proposta rappresentano uno snodo fondamentale, tale da richiedere un apposito paragrafo e un modello organizzativo di dettaglio, proprio per rappresentare il concetto di Valore di Cura che assegniamo a questo setting assistenziale nel quale si dettagliano molte delle pratiche di cura e che nel tempo sta assumendo una rilevanza forte nel determinismo dell'efficienza del SSR e nel sistema di Garanzia dei LEA, senza trascurare il valore civico e culturale, sociale e affettivo della cura portata al domicilio.

L'assistenza domiciliare agli anziani è stato il primo banco di prova per l'attività territoriale dopo la riforma del SSN: destinata ad assicurare le cure e il sostegno sociale ai soggetti fragili, persone di età pari o superiore ai sessantacinque

anni, affetti da patologie croniche che presentando forme di riacutizzazione potessero essere curati e assistiti al proprio domicilio, evitando i ricoveri ospedalieri, mediante l'attivazione di medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, servizi sociali del comune con gli operatori socio-sanitari, personale infermieristico e di riabilitazione. Il personale veniva reclutato tra lo scarno personale del distretto o prioritariamente mediante cooperative tramite gare pubbliche d'appalto.

Da un ventennio però, sono cambiate le tipologie dei pazienti, non più solo ultrasessantacinquenni, sempre più complessi, con esigenze assistenziali ad alta intensità curativa. Questa evoluzione della tipologia del paziente, la diffusa sensazione che trattasi di assistenza "banale" perchè domiciliare e, dunque, la mancanza di conoscenza da parte dei decisori di questo particolare settore sanitario rende ragione della difficoltà attuale di garantire un servizio adeguato alle cure domiciliari.

Con le dimissioni sempre più frequenti da parte degli ospedali, di pazienti affetti da neoplasie in fase avanzata o terminali, patologie neuro degenerative tipo S.L.A., da patologie genetiche altamente invalidanti, tutte malattie che prevedono in molti casi interventi per assicurare la ventilazione meccanica, la nutrizione artificiale, la gestione di vene centrali, oltre l'uso di farmaci di tipo ospedaliero, è emersa l'esigenza progressiva e non più rinviabile di organizzare dell'equipe multiprofessionali ed esperte capaci di gestire tali impegnativi pazienti. A ciò si aggiunga la diversa organizzazione regionale e aziendale del sistema delle Cure domiciliari che le rende più un casuale collage piuttosto che un Sistema organizzato.

L'obiettivo sanitario delle Cure Domiciliari che necessitano di una riorganizzazione profonda, secondo questa pro-

posta, si articola mediante alcuni principi fondanti:

- ✓ Assicurare prestazioni in continuità con quelle ospedaliere con le dimissioni protette;
- ✓ Assicurare al domicilio le cure ai pazienti cronici ultrasessantacinquenni con episodi di riacutizzazioni, onde evitare nuovi ricoveri;
- ✓ Assicurare prestazioni sovrapponibili a quelle ospedaliere, in particolare ai pazienti con patologie complesse e gravi;
- ✓ Sollevare i familiari (care-giver) da incombenze amministrativo-burocratiche che ledono anche il diritto alla sofferenza e all'ambascia;
- ✓ Esprimere una particolare empatia nell'esercizio professionale, in grado di trasmettere tranquillità e fiducia ai pazienti ed alle loro famiglie.

La nostra proposta è fondata sulla piena consapevolezza che per garantire qualità ed efficienza vi sia un Servizio unico aziendale, con:

- ✓ Competenze organizzative, gestionali e professionali;
- ✓ Un proprio organico formato da professionisti dedicati a tempo pieno, esclusivamente impegnati nelle cure domiciliari;
- ✓ Governance centralizzata ad opera di una Centrale Operativa aziendale;
- ✓ Servizi distrettuali di Cure Domiciliari per la ricezione, l'analisi della domanda e il monitoraggio dell'assistenza, centro di ascolto per le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie. Ai familiari dei pazienti deve essere quanto più possibile, rimossa qualsiasi incombenza burocratica;
- ✓ Confluenza nel Servizio Unico aziendale di percorsi assistenziali collaterali, costituenti un unicum

assistenziale, quali le Cure Palliative, la rete Oncologica, le malattie Rare;

- ✓ La formazione superspecialistica del personale, efficientamento del sistema e riduzione dei costi.

Come struttura unica e autonoma di Cure Domiciliari, la UOC è proposta come incardinata nella Direzione Sanitaria Aziendale, con un direttore che deve possedere alte competenze cliniche, che sovrintenda a tutta l'attività del Servizio di Cure Domiciliari per pazienti di I-II-III livello (con e senza ventilazione meccanica). Le Cure Domiciliari restano una attività "Territoriale", afferente alla responsabilità funzionale dei Distretti, che continuano ad esercitare la funzione di committenza verso il Servizio Cure Domiciliare, che assume, a sua volta, la funzione di "produzione".

La "Centrale Operativa"

Ritenendo indispensabile organizzare il Sistema delle Cure Domiciliari come struttura autonoma, essa:

- ✓ Ospita il centro operativo per gli interventi domiciliari, struttura nevralgica di questo modello, con la presenza di un medico che sovrintende a tutte le attività e fornisce indicazioni in casi particolarmente complessi;
- ✓ Riceve richieste di presa in carico dalle porte d'accesso dei servizi distrettuali di Cure Domiciliari, dai medici di famiglia, dai medici ospedalieri o da chiunque altro sanitario faccia istanza di presa in carico in cure domiciliari;
- ✓ Effettua il monitoraggio tra domanda e offerta, sviluppa report per le statistiche distrettuali, oltre a mantenere la contabilità per la spesa prodotta;
- ✓ È dotata di una serie di postazioni informatizzate con personale infer-

mieristico, che riceve segnalazioni e le smista ai servizi specifici e a quelli integrati;

- ✓ È punto di riferimento per le dimissioni protette, offrendo in ogni momento collaborazione nell'affrontare eventuali modifiche dei quadri clinici e delle terapie da migliorare.

Il percorso della presa in carico

La richiesta proveniente dal servizio distrettuale è trasmessa alla Centrale Operativa, che articola l'assistenza, se già presente un piano di attività; in caso di richiesta proveniente da MMG/PLS/altro la C.O. attiva il personale ad essa afferente e dispone l'invio al domicilio del paziente di una sua equipe, per la valutazione del caso e la definizione del PAI. In tal caso l'equipe effettua una valutazione U.V.I., d'intesa con il MMG. L'equipe prende in carico il paziente, definendone tutte le necessità assistenziali, compreso l'eventuale intervento dei servizi sociali del comune. I costi sostenuti per tale attività, saranno suddivisi tra l'ente locale e l'azienda sanitaria ai sensi dell'intesa programmatica perfezionata nella scheda 3.7.

Ad ogni paziente corrisponde una equipe medico – sanitaria, che garantisca quanto previsto dal PAI: essa sarà composta da uno o più specialisti, dal medico di famiglia del paziente, da infermieri, fisioterapisti, O.S.S., ecc. Il Responsabile Clinico viene individuato nello specialista di patologia preminente in raccordo con il MMG, mentre l'equipe assume complessivamente in sé la responsabilità medico legale del processo assistenziale.

Il personale che opera a domicilio è dotato di tablet per la gestione della cartella clinica informatizzata, per la registrazione in tempo reale di tutti gli eventi e le attività svolte verso il paziente, con

contestuale rilevazione dei materiali, farmaci, dispositivi e quant'altro utilizzato.

Ai fini della maggiore efficienza ed economicità del Sistema delle Cure Domiciliari, si ritiene che il personale medico specialistico debba essere esclusivamente dell'Azienda Sanitaria (Specialisti Ambulatoriali), mentre il personale di comparto (infermieri, fisioterapisti, O.S.S.) può essere reclutato con modalità differenti per garantire la necessaria flessibilità correlata alla variabilità numerica e qualitativa dell'utenza. Il personale va formato a cura della stessa azienda, che in tal modo avrà la garanzia della qualità del servizio.

I medici specialisti previsti appartengono a varie discipline: anestesisti, pneumologi, chirurghi, medici nutrizionisti, cardiologi, geriatri, fisiatristi, oncologi, pediatri.

La Centrale Operativa coordina le attività delle equipe che ne dipendono, compreso il servizio ambulanze e i servizi di diagnostica per immagini domiciliare. Il servizio nutrizione artificiale ed il servizio di cure palliative devono disporre anche di propri ambulatori per pazienti che non necessitano di cure domiciliari.

La Centrale Operativa inoltre:

- ✓ Deve disporre di una propria Equipe per le emotrasfusioni domiciliari e per particolari trattamenti farmacologici (farmaci ospedalieri) in cui vi è l'obbligo di personale specializzato;
- ✓ Si fa carico di fornire tutto il materiale sanitario (farmaci, devices, materiale sanitario di consumo, ecc.) necessario al personale, per garantire le cure ai pazienti, disponendo di una propria farmacia aziendale di riferimento dove approvvigionarsi o farlo in modo diretto;
- ✓ Si fa carico di assicurare al domicilio dei pazienti i prodotti di nutrizione artificiale, le medicazioni avanzate, presidi e ausili, in partico-

lare i tracheotomizzati (cannule tracheotomie, metalline, filtri, ecc.) e i portatori di PEG, CVC e PICC, sollevando la famiglia dell'approvvigionamento;

- ✓ Dispone di un proprio supporto amministrativo.

Le risorse del sistema di cure domiciliari

Siffatto Sistema deve ricevere risorse strutturali e continuative, mai più a progetto: la dotazione di risorse adeguatamente programmate permette di garantire assistenza continuativa senza interruzioni (legate a finanziamenti a termine), né può reggersi su rimborsi o prestazioni aggiuntive che determinano una lievitazione di costi inevitabile ed ingiustificabile in relazione al bisogno assistenziale.

Il personale addetto alle Cure Domiciliari va dunque dimensionato in funzione del numero di pazienti che potenzialmente l'azienda sanitaria decide d'assistere e secondo le buone regole di programmazione.

La medicina convenzionata - MMG, PLS, C.A., S.A.

Obiettivo di questa revisione è conferire alla Medicina Generale un nuovo ruolo e una rinnovata missione all'interno dell'organizzazione aziendale. Il MMG va supportato nella presa in carico gestionale di pazienti complessi, specie multipatologici, e specificamente nell'inserimento di questi casi nei complessi percorsi di PDTA. L'informatizzazione dei sistemi, l'interfaccia con i sistemi dell'azienda, la possibilità di colloquiare

direttamente con gli Specialisti Ambulatoriali deve diventare al più presto una realtà in tutta Italia e specialmente al Sud.

La pandemia del 2020 impone di reclamare con forza la necessità di un'organizzazione strutturata dei servizi terri-

toriali per evitare di mettere a rischio la tenuta del SSN. L'irruzione in campo della richiesta di riforme europea nell'ambito della Medicina Convenzionata sta alimentando un dibattito nazionale di grande rilevanza e complessità, espresso sia negli ambiti sindacali e previdenziali che organizzativi e clinici, rimettendo in discussione una lunga storia di autonomia professionale e rapporto fiduciario tra medico e paziente. Non è però detto che tale livello di autonomia e il rinomato rapporto di fiducia che lega un paziente al suo medico non possa continuare ad esercitarsi in nuovi modelli organizzativi e nuovi processi multidimensionali. La strada della decisione non è ancora imboccata né tantomeno tracciata: la nostra proposta non esprime in tal senso una posizione esplicita, piuttosto traccia delle considerazioni condivise che sorreggono il dibattito offrendo prospettive di miglioramento.

Non possiamo sottacere che i sindacati di Medicina convenzionata spesso sono stati diffidenti verso la partecipazione ad un'organizzazione territoriale strutturata, nell'idea che ciò potesse ledere la loro autonomia, finanche arrivando a sentirsi non "dentro il SSN" bensì come "controparte" di esso. La trasformazione dal concetto limitato di Medicina Generale al più complesso sistema di Cure Primarie è stato un primo passo utile ma non sufficiente: i modelli in tal caso restano disegnati ma scarsamente operativi. Poco o nulla oggi il raccordo tra i componenti del sistema delle Cure Primarie, poco o nulla presente un processo di condivisione dei pazienti, nemmeno all'interno delle AFT che rappresentano la forma oggi più elementare di organizzazione della Medicina Generale, spesso fittizie, molto più virtuali che funzionali.

Lo sforzo che oggi invece ci viene richiesto è quello di affermare con convinzione che l'area delle Cure Primarie

costituisce un insieme di offerta sanitaria che richiede obbligatoriamente una integrazione di servizi e di professionisti per evitare che ogni settore viva di vita propria, combattendo la confusione di oneri e responsabilità, unificando processi e percorsi, evitando duplicazioni di intervento. In tal senso è auspicabile evitare di lasciarsi coinvolgere in logiche di settore, richiedendo sempre la partecipazione ai tavoli negoziali della componente aziendale territoriale. È sul tavolo la discussione sul tema della "dipendenza" dei Medici convenzionati e della nuova figura dell'"infermiere di famiglia", una delle più importanti innovazioni che può radicalmente cambiare il Sistema delle Cure Primarie con quella necessaria espressione di "prossimità".

In tal senso, una nuova prospettiva delle Cure Primarie deve coinvolgere e normare il ruolo dei medici convenzionati, chiamati alla collaborazione nelle funzioni principali del distretto:

- ✓ Valutare i bisogni di comunità, ricercando i gruppi di popolazione a maggior rischio sanitario e sociale;
- ✓ Promuovere la salute e l'alfabetizzazione sanitaria, per favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte che li riguardano;
- ✓ Intervenire proattivamente con una sanità d'iniziativa sulle patologie acute e croniche per prevenire riacutizzazioni, scompensi, ospedalizzazioni evitabili;
- ✓ Contribuire a organizzare i servizi sanitari in funzione della comunità di riferimento e delle persone (non della malattia) favorendo il lavoro multidisciplinare, l'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico dei casi complessi (compresi i pazienti psichiatrici);
- ✓ Garantire la continuità delle cure governando attivamente le relazio-

ni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali;

- ✓ Partecipare alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno degli assistiti per partecipare alla presa in carico della persona fragile e cronica.

Alcuni modelli sperimentali possono rappresentare un punto di partenza, come ad esempio i Chronic Care Center o i Poliambulatori di II livello che questa proposta sostiene, nei quali, a seguito di un'analisi e stratificazione di popolazione, vengono identificate tipologie di pazienti con multicronicità da gestire e assistere in forma condivisa con il Distretto e nel Distretto, sempre sotto la regia del MMG, in stretto raccordo con gli Specialisti Ambulatoriali. L'avanzata delle patologie croniche impone la ricerca di nuovi modelli assistenziali e gestionali per la sostenibilità economica del sistema sanitario a cui nessuno può più sottrarsi. Formule organizzative più o meno inclusive della Medicina Generale, della C.A. e degli Specialisti Ambulatoriali sono il futuro dell'assistenza nel territorio e la possibile via d'uscita dagli inutili ingorghi degli ospedali per acuti.

La Specialistica Ambulatoriale deve anch'essa rinnovare la sua veste di partecipazione alla dimensione "salute" della Comunità di riferimento, diventandone parte integrante e attiva, sia nei percorsi collegati ad attività specifiche, quali le cure domiciliari, sia nei percorsi di consulenza e consulto per la Medicina Generale, sia come perno fondante dei PDTA. Nell'ottica di organizzare dei "Chronic Care Center" distrettuali diventa rilevante questa parte di attività che dovrà essere calibrata per branche e per ore di disponibilità ai fabbisogni di salute della popolazione di riferimento.

Il COVID ha sicuramente accelerato queste modifiche ma già prima della pandemia la Medicina Generale aveva

mostrato i segni di una difficoltà di adattamento alla mutate condizioni socio-ambientali della popolazione italiana che aveva imposto alcune modifiche ai compiti assegnati al MMG già con la sottoscrizione dell'ACN ponte del 29 marzo 2018: in esso si descrivevano compiti aggiuntivi da completare con accordi decentrati tali da contestualizzare alle specifiche esigenze territoriali, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute.

Tali compiti andavano inseriti nell'ambito di specifici indirizzi di politica sanitaria nazionale, quali:

- ✓ Piano nazionale della cronicità;
- ✓ Piano nazionale di prevenzione vaccinale;
- ✓ Governo delle liste di attesa e appropriatezza;
- ✓ Riduzione accessi impropri al pronto soccorso.

Tali compiti aggiuntivi modificano in piccola parte la remunerazione secondo variabili subordinate al raggiungimento di obiettivi di salute e definiti solo in alcune regioni. Tutto ciò non ha voluto una concretizzazione diffusa né tanto meno rilevante nell'incidere sulle soluzioni assistenziali, nella maggior parte del Paese.

Tarda finché ancora a pervenire la disponibilità diffusa della Medicina Generale alla partecipazione alle AFT, alle azioni di prevenzione (partecipazione proattiva agli screening, agli atti vaccinali, agli atti di prevenzione in generale, abituati a pensare alle malattie e non all'individuo), finché al popolamento dei sistemi informativi aziendali e regionali.

È dunque indubbio che una nuova formula del rapporto tra Medici convenzionati e Distretto Sanitario è da riscrivere, avendo molti aspetti della riforma Bindi del 1999 esaurito la loro forza riformatri-

ce: “riproporli nel tempo senza modifiche significa essere inutili conservatori”.

In attesa della conclusione del dibattito che modifichi o trasformi la prima porta di accesso del paziente al SSN, identificata nel MMG/PLS, specie nelle aree più interne o più disagiate, la nostra proposta sostiene la necessità di:

- ✓ Organizzare un sistema di offerta nella quale programmare, organizzare e gestire processi di “presa in carico” delle persone in modo coordinato e integrato che si aggiunga a compiti che la Medicina Generale svolge in base agli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) sottoscritti negli anni;
- ✓ Costruire azioni di connessione interorganizzativa e interprofessionale nel rispetto del Piano nazionale sulle cronicità adottato da alcuni anni con l’intesa Stato-Regioni;
- ✓ Sviluppare un’organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari nei confronti del malato cronico in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l’insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità;
- ✓ Coinvolgere la Medicina Generale per realizzare il reclutamento attivo della persona e la presa in carico globale e il follow-up proattivo attraverso funzioni di case manager al fine di garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
- ✓ Rappresentare l’aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.

La problematica del paziente cronico

Senza scomodare le migliaia di pagine scritte sulla cronicità, riteniamo necessario esplicitare la nostra visione sul tema, concentrandoci sulle urgenti revisioni della modalità di presa in carico del paziente FRAGILE, modalità che devono necessariamente far riferimento a:

- ✓ Attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell’accesso alla rete dei servizi e l’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- ✓ Adozione di modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, per assicurare l’integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali;
- ✓ Adozione di un aggiornato sistema di classificazione delle materie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee;
- ✓ Definizione di modalità per l’individuazione dell’insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l’adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno.

La definizione di percorsi strutturati e individualizzati in funzione del bisogno è strumento fondamentale per concretizzare la nuova presa in carico; tra essi conosciamo:

- ✓ I PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) da definire

per i portatori delle più comuni patologie croniche (diabete, ipertensione arteriosa, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, ecc.);

- ✓ I PAI (Piani Assistenziali Individuali) per i portatori di gravi disabilità assistiti a domicilio in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e in ADP (Assistenza Domiciliare Programmata).

Per garantire l'erogazione dei PDTA devono essere potenziati i servizi territoriali distrettuali aumentando l'offerta oraria delle prestazioni specialistiche di primo livello in capo alla cardiologia, alla pneumologia, alla diabetologia, ecc. rapportandole alle popolazioni target portatrici di patologie croniche residenti nel distretto di riferimento, evitando in tal modo di affollare i presidi ospedalieri con domande prestazionali.

L'intera offerta di prestazioni specialistiche può essere garantita dai medici specialisti ambulatoriali e, se necessario, da medici specialisti dipendenti che possono transitare dagli ospedali al territorio. L'erogazione può avvenire all'interno dei Chronic Care Center, nelle stesse AFT, nelle formule organizzative strutturate multiprofessionali in grado di garantire assistenza sanitaria 24 ore al giorno sette giorni su sette.

Il ruolo della specialistica ambulatoriale

La costituzione degli Specialisti Ambulatoriali in AFT rappresenta un modello avanzato di integrazione finalizzato alla presa in carico integrata per Progetti Assistenziali Individuali.

Le realtà territoriali strutturate, come i poliambulatori distrettuali, le case della salute e altri modelli complessi multi-

professionali, rappresentano il luogo per l'erogazione di attività specialistiche e che necessitano di tecnologie sanitarie di secondo livello (radiologia, piccola chirurgia, ecc.) o di primo livello, come le abbiamo già descritte nei paragrafi precedenti.

Altre realtà territoriali, quali le RSA o gli Ospedali di Comunità/Cure Intermedie ed Hospice, sono strutture di gestione della fragilità, della non autosufficienza e della terminalità oncologica e non, la cui governance clinica è affidata ai medici di medicina generale per poter completare la presa in carico globale, in questo caso allargato agli specialisti necessari per il piano assistenziale specifico del paziente.

I servizi di Cure Primarie dovranno operare unitamente a quelli organizzati in AFT di specialistica ambulatoriale ed all'insieme delle cure intermedie (lungodegenze, istituti di riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, hospice, centri psico-sanitari, ...), costituendo i cosiddetti servizi territoriali, in ciò distinguendosi dal blocco dei servizi di cura ed assistenza erogati dagli ospedali.

All'interno di tale modalità di lavoro, per garantire il successo dell'attività, diventa essenziale tener conto delle spinte motivazionali dei professionisti. Lo specialista ambulatoriale interno deve integrarsi, in alcuni casi, con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari, ordinariamente nei presidi territoriali, ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina, collaborando al telemonitoraggio e mettendo in campo una disponibilità non solo prestazionale, ma di presa in carico attraverso il rapporto continuativo "a tre" con il paziente e il suo medico di medicina generale.

Le Equipe Specialistiche Territoriali

È necessario implementare anche un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale, garantire il lavoro in equipe e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico. In tal senso i Poliambulatori di II livello previsti da questa proposta possono essere il luogo fisico per esercitare le funzioni di equipe specialistiche territoriali dedicate a pazienti cronici e complessi.

La complessità assistenziale di questi pazienti non può più infatti essere oggi affidata al singolo professionista, ma deve essere affidata ad una rete assistenziale territoriale di professionisti, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali, dotata di un set di diagnostica di I e II livello per i necessari approfondimenti in loco.

La componente specialistica di tale modello potrà essere garantita dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari ("Equipe Specialistiche Territoriali") di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale, dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani sia nell'ambito delle cure primarie che intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali, sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, etc.) consente, per questa tipologia di pazienti, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento

dell'inappropriatezza delle prestazioni e della spesa, aumenta l'aderenza terapeutica e l'efficacia degli interventi in generale.

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe infatti la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.

In armonia con quanto previsto dal Chronic Care Model, l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico ed il supporto specialistico, sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

- ✓ Un'area per la gestione di uno strato della popolazione "sana o apparentemente sana" con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette "acuzie semplici" attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, ambulatori o il domicilio;
- ✓ Un'area di presa in carico delle cronicità "semplici" sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio MMG/PLS, ambulatori o domicilio;
- ✓ Un'area della gestione della cronicità "complessa" di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici, ecc.) sul territorio che

non richiedano il ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, in RSA, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie;

- ✓ Un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI/UOCP) Hospice, RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc.).

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato dal MMG/PLS con l'apporto delle necessarie consulenze specialistiche, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

Valorizzazione economica della proposta

Le attività di management devono poggiare sulla sostenibilità dei processi e dei modelli, soprattutto quando essi risultino innovativi e avanzati. L'investimento iniziale con immissione di grandi risorse economiche, prevalentemente a componente strutturale, destinati cioè a costruire l'ossatura del modello capace di reggere nel tempo, intorno alla quale applicare nuove formule nella progressione del divenire reale, è fondamentale per la valutazione di sostenibilità.

Non ci sottraiamo a questa sfida. Nell'ottica di quanto proposto, considerando innovazioni, modifiche e rimodulazioni, viene stimata per la realizzazione della proposta del "Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo" un investimento complessivo pari a 100

euro per cittadino nel primo anno di attivazione.

I dati oggi disponibili sulla popolazione italiana residente riportano una popolazione pari a 60.317.000 abitanti.

L'impegno di spesa dunque sarebbe pari a euro 6.031.700.000,00 per il primo anno, e un impegno a scalare nei 4 anni successivi, pari rispettivamente all'80%, 60%, 40%, 20% per tutta la durata di efficacia economica del PNRR.

Di essi il 34% per anno è assegnato alle regioni del SUD secondo il Piano SUD per colmare il divario esistente con le Regioni del Centro Nord, ampiamente evidente secondo vari indicatori regionali e nazionali.

Per la prima annualità, tale percentuale ammonta a euro 2.050.778.000,00 necessaria a ricostruire e rimodulare l'attività sanitaria territoriale, secondo alcune priorità successivamente elencate.

Della rimanente quota a valere sulla prima annualità, pari a 3.980.922.000:

- ✓ Il 50% (euro 1.990.461.000) viene assegnato alle Regioni per quota capitaria, equivalente a euro 33 per cittadino;
- ✓ Il 50% (euro 1.990.461.000), (di cui 1.507.925 corrispondenti al 25% del totale, si richiede a fondo perduto per il SUD) viene redistribuito:
 - In maniera inversamente proporzionale al PIL delle Regioni;
 - In relazione a indicatori strutturali ed epidemiologici, qualitativi e quantitativi da definire nell'ambito della costruzione del cosiddetto DM 71.

Riflessioni sul Piano Sud del "Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo: le disparità degli investimenti in SANITÀ

Senza entrare nella polemica ormai pluridecennale delle modalità di ripartizione del Fondo sanitario nazionale verso le regioni del Sud, rileviamo soltanto che:

- ✓ Le regioni del Sud in generale ricevono finanziamenti non equilibrati: per un cittadino del Nord lo Stato spende in media 17.506 euro/anno rispetto a un cittadino del Sud che riceve 13.144 euro;
- ✓ Le disparità di investimento risultano più evidenti in ambito sanitario, infrastrutture, istruzione e ricerca;
- ✓ L'Agenzia per la Coesione Territoriale certifica che nel 2017 ben 62,5 miliardi sono stati investiti come spesa pubblica al Centro nord piuttosto che al Sud;
- ✓ La Relazione annuale 2020 del CPT (Conti Pubblici Territoriali) sulle Politiche nazionali e politiche di sviluppo a livello territoriale attesta che:
 - La spesa sanitaria nel 2018 per l'Italia nel suo complesso risulta poco oltre i 118 miliardi, concentrandosi per circa il 70% nelle regioni del CentroNord, attestandosi intorno agli 83,6 miliardi (dato in crescita costante annuale), lasciando all'area Sud e insulare solo 34-35 miliardi (dato in stasi, senza crescita sostanziale);
 - Valutando tale spesa su andamento procapite, si verifica come dal 2008 il divario tra la spesa primaria netta consolidata continua a crescere tra Centro/Nord e Sud/Isole, con una variabilità che va dai 257 euro del 2004, ai 516 euro nel 2011, agli oltre 400 euro nel 2018.
- ✓ La sottodotazione di capitale per la spesa sanitaria assegnata al Sud, insieme a comportamenti inopportu-

ni ed inadeguati degli ordinatori e dei gestori della spesa, ha determinato uno squilibrio con effetti indubbi sulla qualità e quantità dell'erogazione delle prestazioni, che si traducono in LEA insufficienti;

- ✓ Le categorie economiche sulle quali si è investito di meno al Sud in Sanità sono le spese di personale e l'acquisto di beni e servizi. Indubbiamente tale disinvestimento ha determinato gli effetti nefasti sulla qualità dell'assistenza e su indicatori di malattia nelle regioni del Sud, già in Piano di rientro.

Le aree di investimento proposte per il Sud in Sanità:

- ✓ Ristrutturazione organizzativa della sanità territoriale (digitalizzazione, telemedicina, teleconsulto, cronic care center, poliambulatori h 12, Diagnostica per immagini di I e II livello nei distretti h 12);
- ✓ Potenziamento dell'area della Prevenzione secondo il modello One Health: forte integrazione dei Distretto Sanitario con il Dipartimento di Prevenzione per tutte le azioni proattive e le buone relazioni in termini di salute/ambiente/clima;
- ✓ Ristrutturazione organizzativa della sanità territoriale (digitalizzazione, telemedicina, teleconsulto, cronic care center, poliambulatori h 12, Diagnostica per immagini di I e II livello nei distretti h 12);
- ✓ Presa in carico dell'utente secondo il modello USCA – pazienti su piattaforma dialogante tra MMG e distretto con interventi a domicilio, da remoto, ambulatoriali, guidati dai PDTA;
- ✓ Autorizzazione ai ricoveri in forme non acute secondo i PDTA;

- ✓ Stabilizzazione del personale già reclutato in periodo COVID;
- ✓ Formazione e alfabetizzazione digitale del personale tutto;
- ✓ Costruzione di piattaforme digitali aziendali e regionali per la presa in carico, il monitoraggio, la gestione delle cronicità, interconnesse tra servizi ed erogatori a vari livelli;
- ✓ Ristrutturazione tecnologica con un distretto sanitario dotato di diagnostica per immagini con TAC/RM, laboratorio analisi, dotazione tecnologica ambulatoriale avanzata, ambulatori di Chirurgia Ambulatoriale, incremento punti di Radioterapia per la presa in carico delle patologie neoplastiche in prossimità nelle regioni a maggior dispersione territoriale;
- ✓ Strutturazione di una Centrale Operativa delle Cure Domiciliari;
- ✓ Gestione distrettuale degli Hospice, delle SUAP e delle Cure Palliative in un sistema di rete;
- ✓ Ristrutturazione edilizia dei servizi distrettuali con attenzione all'utilizzo prevalente di risorse rinnovabili, di ambienti e microambienti sani, di sistemi di igienizzazione e sicurezza degli ambienti innovativi e diffusi;
- ✓ Dotazione di autovetture ed automezzi green per ridurre il carico inquinante.

Conclusioni

La necessità di ristrutturare l'organizzazione e rivedere le funzioni relazionali

nel vasto contenitore del Distretto Sanitario non è ormai più rinviabile.

Il disastro di un'assistenza che prova a fare a meno del valore del territorio è stato ampiamente e tragicamente documentato nella Regione Lombardia nel corso della pandemia del 2020.

Le normative di riferimento sono ormai datate e devono riconfigurarsi alle mutate esigenze socio-sanitarie, economiche e ambientali.

La proposta del Centro Studi prova ad aprire il dialogo sul tema e accendere alcuni riflettori sulle tematiche più cogenti. Da qui si può partire per un confronto costruttivo con tutti gli stakeholders.

Matera, 21 ottobre 2021

Il Comitato Scientifico:

ANTONELLA GUIDA

MARIA POMPEA BERNARDI

STANISLAO NAPOLANO

ANTONIO CHIACCHIO

WALTER PALUMBO

GIUSEPPE MONTAGANO

LOLITA GALLO

GABRIELE PEPERONI

PROF. ROCCO GIORDANO

Presidente Centro Studi

Relazione convegno di Matera

