

È opinione comune che il riordino della sanità passi attraverso la riorganizzazione della rete territoriale. La pandemia covid-19 lo ha reso ancor più evidente, specie durante la prima fase acutissima: laddove la rete territoriale, al di là delle affermazioni teoriche, ha potuto contare su una realtà consolidata e coordinata la risposta è stata più efficace.

Con il dm 70 del 2015 era stata riordinata la rete ospedaliera, azione che, dove applicata, si è rivelata indispensabile per poter sostenere l'impatto su pronto soccorso e ospedali. Ancorché gli elementi normativi e i riferimenti non mancassero, non era stata posta altrettanta enfasi a una concomitante riorganizzazione della rete territoriale. Questo, unitamente alla sua applicazione incompleta e sporadica, è il solo difetto del dm 70.

I primi mattoni in emergenza

Il decreto legge 34 del 19 maggio 2020 ha definito misure urgenti in ambito sanitario con l'articolo 1 in materia di riordino e potenziamento della assistenza territoriale, e con l'articolo 2 per il potenziamento e miglioramento della rete ospedaliera che ha avuto il pregio di definire una riorganizzazione della rete dei letti di terapia intensiva e introdurre il concetto di area semintensiva.

L'articolo 1 ha indicato due elementi strutturali importanti per una riforma della assistenza e del coordinamento territoriale: il primo con l'introduzione di 9600 infermieri di famiglia o di comunità al fine di garantire la massima presa in carico dei pazienti e la continuità assistenziale; il secondo con l'attivazione di centrali operative che svolgono le funzioni di raccordo con tutti i servizi del territorio e con quelli di emergenza-urgenza e ospedalieri, favorendo finalmente il dialogo tra tutti gli attori della organizzazione sociosanitaria. Di fatto, sono queste centrali operative ad avere determinato la differenza nella gestione dell'emergenza covid-19 in quelle regioni, come Veneto, Lazio ed Emilia-Romagna per esempio, che, utilizzando centrali già esistenti o creandone di nuove a livello di distretto, di azienda sanitaria locale o regionale ed efficientando l'uso di sistemi di monitoraggio a partire dalla telemedicina, hanno realizzato in tempi rapidissimi un sistema di coordinamento di tutti i vari servizi di prevenzione e di assistenza domiciliare e sorveglianza dei malati covid-19 affidati alle unità speciali di continuità assistenziale.

Dunque tutti questi elementi che vedono già delineate le idee di fondo nel decreto legge 34, insieme alla straordinaria spinta alla cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale che la esperienza covid-19 ha innescato, sono stati utile linfa alla definizione sia per il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) – la cui parte sanitaria è stata coordinata dal capo della Segreteria tecnica del Ministro della salute – sia per la definizione dei requisiti minimi dell'offerta territoriale che verranno descritti nel cosiddetto dm 71 (come in gergo, sin dalla pubblicazione del dm 70, noi addetti ai lavori definimmo la necessità di un decreto gemello del dm 70, questa volta per la rete territoriale).

Ora il gruppo di lavoro del Ministero della salute, coordinato dal direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che ha avuto un ruolo fondamentale nella costruzione del Pnrr fornendo tra l'altro elementi indispensabili provenienti dalle buone pratiche delle regioni, produrrà il documento sul riordino e la definizione degli standard per il territorio.

Una rete per un'assistenza capillare

Il Pnrr prevede la costruzione e implementazione con i fondi europei di una fitta rete territoriale capillare formata da 1288 case di comunità, 375 ospedali di comunità e incrementando di 7500 i 1200 posti letto già esistenti, 602 centrali operative territoriali. Le case di comunità riuniscono, in un'unica struttura multidisciplinare, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sociali e altre figure, in collegamento reale e telematico con diversi specialisti e con tutti i servizi di eventuale utilità grazie al coordinamento organizzativo delle centrali operative. Il piano prevede una casa di comunità ogni 20-25.000 abitanti collegata a presidi periferici collocati nei territori più disagiati e montani, anche qui secondo il modello hub & spoke.

A un livello intermedio tra l'assistenza a domicilio e quella in ospedale ci sono gli ospedali di comunità, per ricoveri brevi a bassa intensità di cura, con una gestione assistenziale prevalentemente infermie-

I PILASTRI di

ristica. Oltre a svolgere una funzione di filtro rispetto all'acuzie ospedaliera sono anche un elemento di continuità ospedale-territorio per garantire il più possibile le cure a livello domiciliare e fornire uno scudo rispetto a situazioni di cronicità che si acutizzano o che sono di difficile gestione assistenziale a domicilio.

Il valore delle centrali operative

Il pilastro organizzativo della rete territoriale e della sua interconnessione con le altre reti è rappresentato dalle centrali operative territoriali, con funzione di coordinamento e raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, dalle case della comunità e gli ospedali di comunità, ai centri di assistenza domiciliare e centri per la prevenzione, ai centri di salute mentale, consultori e centri veterinari. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza, attraverso un servizio rivolto primariamente ad operatori sanitari e sociosanitari del distretto, da cui dipende.

Il Pnrr prevede 602 centrali operative territoriali, una ogni 100.000 abitanti. La realizzazione dovrà avvenire in coerenza con un modello organizzativo che tenga conto anche di quanto già previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché con gli ulteriori impegni europei per l'attivazione del numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117.

La centrale operativa regionale 116117 costituisce un punto di riferimento con bacino di utenza da 1 a 2 milioni di abitanti, o comunque a valenza regionale, in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali nonché sulle modalità di accesso ad essi. Questa sarà a sua volta in contatto con le centrali operative territoriali di competenza, con la rete ospedaliera e, soprattutto, con la rete dell'emergenza-urgenza. Le sue funzioni non si sovrappongono a quelle delle centrali operative territoriali ma potenziano i nodi di coordinamento per saper rispondere prontamente e in modo affidabile anche ai bisogni informativi dell'utenza.

Coniugare il sanitario con il sociale

Risulta sempre più evidente come la presa in carico della salute e dei bisogni sociosanitari della persona necessiti di un approccio globale, più vicino alle famiglie e alle comunità, che si avvalga di tecnologie moderne e di facile utilizzo e di informazioni largamente condivise e accessibili agli operatori, fino a giungere a strumenti di gestione molto avanzati come l'intelligenza artificiale. Diventa pertanto imperativo l'abbattimento di divisioni e barriere, anche culturali, superando per esempio concetti come i Pdta, utili per gestire patologie ma non persone, introducendo strumenti di stratificazione e di presa in carico affinando ed evolvendo per esempio i piani assistenziali individualizzati in favore di una presa in cari-



Francesco Enrichens
Project manager
PonGov Cronicità
Agenas

L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

una nuova rete territoriale

co globale per livelli di complessità, considerando il servizio sanitario come un insieme di servizi coordinati e dialoganti tra loro.

Attraverso una rete territoriale capillare strutturalmente ben organizzata e con un adeguato personale sanitario sarà possibile, con il supporto della telemedicina e delle tecnologie avanzate, raggiungere facilmente anche gli angoli più remoti del territorio. Il problema orografico non rappresenterà più un ostacolo o un impedimento per fornire un servizio sanitario in ogni dove.

Abbiamo diversi strumenti a disposizione. Ma ciò che più conta è il presidio del territorio e la presa in carico della singola persona e delle comunità, compresi anche i gruppi "difficili da raggiungere" (*hard-to-reach*) e "invisibili" (*hidden population*) per ragioni legate il più delle volte alla situazione sociale ed economica in cui si trovano a vivere. Paradossalmente è più facile intercettare un novantenne che vive solo in una piccola comunità montana, che curare una persona difficilmente raggiungibile e individuabile in una grande città, come Roma, Milano e Torino, e che quando precipita in una situazione da acuzie giunge in pronto soccorso senza una storia personale.

Dunque, forse, la sfida maggiore sarà coniugare il sanitario con il sociale, in particolare per raggiungere quei gruppi socialmente svantaggiati delle grandi città, che spesso si trovano a vivere in aree molto densamente

popolate ma con difficoltà all'assistenza sanitaria e ad altri servizi essenziali, e che hanno più probabilità di ammalarsi.

Soluzioni che resteranno

In passato, in alcune regioni e aziende sanitarie locali, abbiamo assistito a delle spinte virtuose per creare una rete territoriale. Covid-19 ha creato quelle condizioni favorevoli per una riforma. Come scriveva Giovanbattista Vico "sembravano traversie e eran in fatti opportunità". Covid-19 ci ha costretti a dialogare e a trovare un senso di solidarietà. Covid-19 ha permesso una progettualità comune e attiva sul campo. Si è iniziato per esempio con la centrale operativa di Roma, con il servizio del numero verde 800.118.800, che risponde alle richieste di informazioni e che telefona proattivamente a casa dei pazienti: una presa in carico della singola persona intesa come domiciliarietà e come comunità. Covid-19 ci ha inoltre costretti a sperimentare la telemedicina per rispondere alle necessità dei pazienti e per gestire l'emergenza.

Nel complesso covid-19 ha accelerato un riordino delle cure territoriali, non solo a livello normativo ma anche operativo con l'attivazione di modelli organizzativi e l'utilizzo dell'Ict. Quello che potrebbe fare la differenza oggi rispetto al passato è proprio il coordinamen-

to informatico e telematico insieme ai percorsi per la cronicità e alle buone pratiche, che sono il cuore del progetto europeo, affidato al Ministero della salute, PonGov (Programma operativo nazionale governance) Cronicità – Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'Ict, diretto e coordinato da Agenas.

L'urgenza e la necessità di migliorare l'assistenza territoriale per far fronte alla pandemia ha accelerato un processo di cui si sentiva già il bisogno. Gli articoli 1 e 2 del decreto legge 34, alla cui costruzione ho avuto l'onore di poter partecipare, sono stati il fondamento di questa calamita che ha portato tutti gli attori del sistema a incontrarsi e a cercare una strada comune da percorrere per arrivare a un Accordo Stato-Regioni che definisca i parametri della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Questo ha comportato il recupero di parte di quanto era già stato previsto prima della pandemia, a partire dall'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 con le linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, con la definizione delle prime centrali operative di coordinamento con piattaforme tecnologiche condivise, fino all'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 con l'attivazione del numero unico europeo 116117.

In questo percorso, Agenas riveste un importante ruolo coordinandone il tavolo che produrrà il documento da sottoporre alla cabina di regia del Ministero della salute e alla conferenza Stato-Regioni. Il progetto PonGov Cronicità ne è il substrato facilitatore con l'obiettivo di creare una comunità di professionisti e attori istituzionali, mettendo a fattor comune le migliori esperienze e le buone pratiche condivisibili tra le Regioni, le asl, i distretti e tra tutti i soggetti attuatori. ■

La sfida maggiore sarà coniugare il sanitario con il sociale, in particolare per raggiungere quei gruppi socialmente svantaggiati delle grandi città.

Un modello di centrale operativa territoriale

