



i Protagonisti

LA CARTA DI MATERA

la nuova sanità distrettuale



Giordano Editore

 **il denaro.it**

i Protagonisti

EDITORIALE

- 4 Editoriale
a cura di Umberto Cutolo

I PROTAGONISTI

- 5 **ROCCO GIORDANO**
Il Centro Studi Regione Mezzogiorno
Mediterraneo EU-MED
- 7 **DOMENICO BENNARDI**
Matera farà la sua parte
- 9 **VITO BARDI**
La Regione Basilicata,
laboratorio per il PNRR

LA CARTA DI MATERA

- 12 **Il Distretto Sanitario post Covid**
a cura di Antonella Guida,
Maria Pompea Bernardi,
Stanislao Napolano
- 31 **Il progetto di sistema
delle cure domiciliari**
a cura di Stanislao Napolano



Giordano Editore

I PROTAGONISTI

- 34 **STEFANO LORUSSO**
La Sanità post Covid:
una nuova lettura del territorio
- 40 **PAOLO RUSSO**
La pandemia e lo stress test
della Sanità
- 43 **DALILA NESCI**
Mezzogiorno, il divario da recuperare

IL PROGRAMMA

- 47 **Il programma**

RINGRAZIAMENTI

- 50 **Ringraziamenti**

Editoriale

a qualche anno si parla con sempre maggiore insistenza di nuova centralità del Mediterraneo. L'antico Mare Nostrum, dopo decenni di perifericità, è sempre più il mare di collegamento tra gli oceani Atlantico, Indiano e Pacifico e oggi è attraversato dal 19% del traffico mondiale, pari a due miliardi di tonnellate di merci.

Un obiettivo esaltante e ambizioso, quello di collegare i popoli del Nord Africa che si affacciano su questo mare, ancora in gran parte lacerati da carenze infrastrutturali e attardati da impacci di ogni genere, che per certi versi molto li avvicinano al nostro Mezzogiorno alle sue criticità. E, dunque, è dal nostro Sud – dai suoi Protagonisti – che può partire una spinta concreta al miglioramento comune delle condizioni di vita di un'area sempre più determinate per la crescita globale.

È la direzione intrapresa dal «Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo» (EU-MED) che ha elaborato il progetto di un Polo Magnetico Sud, per garantire – attraverso appositi gruppi di studio – la coerenza dello sviluppo all'interno dell'Unione europea con quelle dei paesi confinanti. Ed è significativo che uno dei primi passi venga mosso in un'area tematica della quale Sud Europa e Nord Africa hanno grande bisogno: la sanità.

EU-MED, insieme all'Associazione Italiana di Cure Domiciliari e grazie al patrocinio concesso dal Ministero della Salute e dalla Regione Basilicata, ha, infatti, organizzato il convegno «Il distretto sanitario post Covid-19», nel quale, partendo dalle recenti esperienze della pandemia, viene proposta una nuova organizzazione sanitaria imperniata sul territorio e più vicina alle persone.

Di questo convegno vi diamo conto nel nostro secondo numero, riportando i saluti e le relazioni dei principali intervenuti.

Oggi i nostri Protagonisti sono loro.

a firma di

Umberto Cutolo

Rocco Giordano

Il Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo EU-MED

La Sanità perchè è un tema di politica economica

*Presidente Centro Studi
Regione Mezzogiorno
Mediterraneo EU-MED*



Il rapporto tra sanità pubblica e scelte individuali va profondamente rivisitato, anche in considerazione del tema della “percezione consapevole del prendersi cura di sé e degli altri”. La necessità dell’educazione e del buon vivere in comunità aperte è emersa non solo per quanto è accaduto nelle case di cura e negli ospedali, ma, soprattutto, guardando alla asimmetria percettiva e di comportamento dei giovani e delle persone meno giovani.

Queste problematiche si connettono alla malinconia civile e sociale che molti studiosi attribuiscono all’esplosione delle malattie che non hanno cure scientificamente condivise.

La costituzione di nuove forme organizzate, permettono anche una integrazione delle varie figure professionali presenti nelle diverse strutture. La Medicina Generale, la pediatria, la medicina specialistica ambulatoriale

e le cure domiciliari sono i pilastri del nuovo assetto operativo per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio. Questo per le patologie più gravi e complesse come possono essere quelle oncologiche in fase avanzata o terminale, le malattie neurodegenerative tipo SLA in fase avanzata o terminale, le patologie genetiche altamente invalidanti, l'assistenza pediatrica domiciliare ecc.

Il convegno organizzato dal titolo "La Sanità distrettuale post Covid" si propone di contribuire a fornire un nuovo modello di organizzazione distrettuale, che possa rispondere alle nuove e più impegnative esigenze assistenziali e curative, in modo da essere realmente l'alternativa alle cure ospedaliere, integrandosi con l'organizzazione ospedaliera.

È necessario a nostro avviso una visione di politica economica globale per il bene di "salute unica" e la necessità di un ruolo delle "comunità aperte pro-attive" e del terzo settore.

La cronaca descrive anche come, una moltitudine di farmaci prescritti han-

no dubbia efficacia ed alimentano false speranze per i pazienti, e per i parenti (impazienti).

Oggi, come tante altre malattie, dipendono dalla condizione generale della prevenzione che secondo una antica intuizione finisce per dipendere, in primo luogo, dalla buona circolazione del sangue, che rivoluziona in tal modo il tema della visione di cura preventiva dei singoli e delle comunità aperte.

Questo significa ripartire dal prendersi cura di sé e degli altri, perché questo comportamento sostanzialmente inquadra la cura preventiva di buona efficacia.

La sanità pubblica nella società plurale è un rompicapo di grande interesse perché poggia su l'ipotesi che la cura di sé è connessa al sapersi prendere cura dell'altro, sia egli vicino che lontano.

Il concetto di comunità immune non può essere più chiuso nel confine dell'identità tradizionale. Paese, città e nazione hanno bisogno di una nuo-

va definizione dove la circolazione delle idee e dei diritti è correlata a comportamenti diversi; il racconto delle cose da fare non è dissimile da quello del saper curare la circolazione arteriosa del proprio corpo, per evitare che la negligenza spazio/tempo che ci avvolge, moltiplica le cause del nostro sonnambulismo demenziale e precoce!

Il Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo EU-MED, fermo restando la proposta di nuovi distretti, alla luce anche del dibattito in corso sugli investimenti necessari, ha già messo a punto delle linee di ricerca:

- Accessibilità e connettività delle reti territoriali ed immateriali della Regione del Mezzogiorno per facilitare gli investimenti;
- Progetto di formazione integrata del personale impegnato nella Sanità pubblica del "nuovo Distretto".

a firma di

Rocco Giordano

Domenico Bennardi

Matera farà la sua parte

Sindaco di Matera



Grazie al Centro Studi Regione Mezzogiorno Mediterraneo EUMED e l'associazione Italiana di Cure domiciliari per l'invito.

Ringrazio il Presidente Bardi ed il Dott. Esposito per averci onorato oggi qui per la loro presenza.

È importante parlare di sanità, argomento divenuto fondamentale soprattutto dopo la pandemia mondiale di questo ultimo periodo.

Il Covid ci ha insegnato che probabil-

mente in questo settore bisogna rivedere l'assetto normativo nazionale e le previsioni di spese per puntare su una sanità che come giustamente richiamato nell'invito, non deve chiamarsi in maniera genericamente territoriale ma "Distrettuale e domiciliare" con un'assistenza dedicata alle persone, perché sono loro la cosa più importante.

In tale contesto anche noi Sindaci siamo chiamati a fare la nostra parte.

Dopo l'illuminante analisi fatta dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali) abbiamo compreso che la fotografia della situazione sanitaria in Regione Basilicata non è delle migliori.

Un indice di fuga molto elevato e un indice attrattivo ancora molto basso.

Dobbiamo lavorare insieme per cercare di migliorare queste condizioni, è qui che siamo chiamati a fare la nostra parte.

Per questo ci stiamo confrontando con gli altri Sindaci della provincia di

Matera e tutti insieme andremo a redigere un documento (patto dei sindaci) che vuole semplicemente andare a focalizzare l'attenzione su problematiche proprie dei territori.

A noi interessano particolarmente gli accordi di confine integrati che ci permetterebbero di fare rete con le regioni vicine e fare in modo che i pazienti possano poter scegliere la sezione Distrettuale a loro più vicina, puntare sulle eccellenze migliorando la formazione professionale.

A proposito di formazione, Matera può

mettere a disposizione l'innovazione, la casa delle tecnologie emergenti, per creare un Polo Universitario o un laboratorio didattico dedicato a settori innovativi quali la telemedicina e le nuove tecnologie per la sanità.

Non mi dilungo e chiudo qui il mio intervento.

Grazie a tutti e buon lavoro.

a firma di

Domenico Bennardi



Vito Bardi

La Regione Basilicata laboratorio per il PNRR

Presidente Regione Basilicata



Buongiorno a tutti.

Sono davvero felice oggi di essere qui e ringrazio soprattutto gli organizzatori di avermi invitato.

Ho avuto modo di interloquire un giorno a Napoli con gli organizzatori di questo convegno che saluto tutti.

Saluto il presidente del comitato organizzatore del convegno Rocco Giordano, il dott. Stanislao Napolano e la dott.ssa Antonella Guida del comitato scientifico, unitamente al mio

amico il Marchese San Felice di Bagnoli.

Li ringrazio e sono convinto che la scelta di Matera sia una scelta giusta!

Sono convinto anche della centralità della sanità nel territorio, come già detto da chi mi ha preceduto, sia da Esposito e sia dalla dott.ssa Pulvirenti. Nella nostra Regione ci sono 131 comuni disseminati e per la maggior parte sono piccole località, piccoli paesi.

In tale contesto noi facciamo molto riferimento oltre, alle nostre strutture ospedaliere di Potenza e Matera, anche alle strutture territoriali.

Sviluppare la medicina territoriale e la telemedicina diviene quindi un aspetto prioritario anche considerando il particolare momento storico.

Tali argomenti sono presenti, nelle riunioni tenute in seno alla Conferenza Stato Regioni, per gli aspetti di come impegnare le risorse messe a disposizione dal PNRR e quindi dobbiamo considerarli come un'occasione per dare una svolta ai nostri territori.

Come ha detto il Direttore Esposito noi stiamo rifacendo, dopo 10 anni, il piano sanitario; quindi questa è un'occasione molto importante ed unica da parte nostra ascoltare quello che viene detto in eventi come questo di oggi.

È dovere di tutti gli amministratori, a qualsiasi livello, ascoltare le voci che arrivano dal territorio soprattutto quando si tratta di consigli importanti che sono supportati da autorevoli studi scientifici, e quando trattano argomenti di assoluto rilievo e di assoluta attualità come quello della salute dei cittadini.

Passo ad illustrarvi alcuni dati per far comprendere quello che noi stiamo facendo nella nostra Regione.

A 21 anni dalla riforma Bindi credo che sia quanto mai opportuno riflettere tutti insieme, istituzioni e operatori sanitari, sulla sua attualità per correggere eventuali errori anche alla luce di quello che è successo nel mondo negli ulti-

mi 10 anni con la diffusione del coronavirus.

Tutti i diversi sistemi sanitari del mondo si sono trovati impreparati a fronteggiare qualcosa di inusuale.

Oggi, grazie alle vaccinazioni, in Italia stiamo vedendo la luce in fondo al tunnel ed è questo il momento giusto per immaginare una nuova sanità capace di fare tesoro dell'attuale esperienza pandemica organizzando il sistema dell'assistenza sanitaria in modo più efficace e soprattutto stando più vicini ai bisogni dei cittadini.

Ho letto con molta attenzione lo studio "Il distretto sanitario post Covid" a cura di Antonella Guida, Maria Pompea Bernardi e Stanislao Napolano nel quale ho trovato spunti interessanti sul futuro dei distretti sanitari e un nuovo rapporto con le strutture ospedaliere.

Indicazioni certamente utili che, senza dubbio, potranno essere oggetto di confronto nel dibattito che la Regione ha aperto proprio in vista del riassetto del sistema sanitario.

La pandemia in particolare ci ha insegnato una volta di più e in modo assolutamente chiaro quanto sia importante la medicina territoriale e quanto sia importante rimettere al centro della programmazione non solo il tema della malattia, ma soprattutto, ed anche quello della salute con tutto quel che significa in termini di prevenzione e di un nuovo rapporto fra ospedale e distretto cittadino.

Un rapporto strategico che richiede una nuova programmazione ma anche una iniezione di risorse umane ed

economiche; nessuna riforma del Sistema Sanitario regionale può funzionare senza l'immissione in ruolo di nuovo personale medico sanitario e amministrativo ed è quello che stiamo perseguendo.

Relativamente all'iniezione di personale siamo a buon punto avendo aperto decine e centinaia di posizioni con l'obiettivo di, naturalmente per la regione Basilicata, 1200 nuovi posti di lavoro in questo comparto.

Si tratta della più grande azione per l'assunzione di nuovo personale mai registrata nella sanità lucana.

Dopo le decine di posizione aperte per il personale medico ad agosto, abbiamo aperto ulteriori 142 posizioni da infermiere, collaboratori e professionale sanitario; 6 posti di assistente amministrativo; 17 da collaboratore amministrativo professionale.

Ricordo poi che abbiamo aperto oltre 60 posti di dirigente medico in pediatria, nefrologia, cardiologia, anestesia, ortopedia traumatologia, otorino laringoiatra e di ematologia.

Vogliamo che la Regione Basilicata abbia una sanità di tutti e per tutti, garantendo prestazioni di qualità a tutto il territorio, sfidando anche i limiti strutturali dei piccoli e piccolissimi comuni.

Ma per fare ciò ci servono iniezioni di risorse economiche e iniezioni di competenze.

Nel primo caso a venirci incontro, aprendo prospettive mai viste prima in Basilicata, sono le risorse a cui alludevo prima e cioè quelle del PNRR. Abbiamo proposto dei progetti impor-

tanti: 36 milioni per il progetto di miglioramento dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, 7 per la ricerca medica, 20 milioni di euro per la governance del dato amministrativo contabile gestionale sanitario, 95 milioni di euro per il potenziamento infrastrutturale e tecnologico ospedaliero e territoriale, 22 milioni per potenziare l'offerta di servizi sanitari al cittadino attraverso la digitalizzazione.

Tutto questo per fare della sanità regionale Lucana un modello di avanguardia nella offerta dei servizi alla salute.

Per quel che riguarda le competenze siamo molto fiduciosi, non solo per le nuove assunzioni che si baseranno esclusivamente sul merito, ma anche sul ruolo che avrà il corso di laurea di medicina attivato da quest'anno all'U-

niversità di Studi della Basilicata, così come grande supporto saranno sempre di più le università delle regioni limitrofe cui dovremmo soprattutto sottoporre convenzioni con le nostre ASL.

Vado alla conclusione; le sfide che abbiamo davanti sono difficili e complesse. Dobbiamo andare oltre le battaglie di retroguardia e cercare di posizionare il sistema sanitario regionale su modelli di avanguardia anche prendendo spunto dalle esperienze più avanzate.

Il potenziale che stiamo mettendo in campo fra competenze, risorse, infrastrutture tecnologiche è senza precedenti, ma vogliamo continuare a programmare senza chiuderci a riccio e aprendoci all'ascolto di tutte le esperienze e sensibilità nella consapevolezza, come ci ha insegnato questa

pandemia che sempre ancor di più sul tema della salute è necessario muoversi all'unisono inseguendo tutti lo stesso obiettivo nel pieno rispetto delle differenze culturali delle singole autonomie.

Ed è proprio con questo spirito che io oggi sono qui in mezzo a voi per avere utili spunti e per capire se ci stiamo muovendo nella giusta direzione.

Vi ringrazio per quello che state facendo e mi auguro che tale esperienza serva a tutti ma soprattutto serva alle Regioni del Sud di cui la Basilicata è centrale.

Grazie e buon lavoro.

a firma di

Vito Bardi

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 Co-

stituzionale 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, non 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 abbiamo 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 oncologico

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 cambia-

mento, determinando un incremento della potenzialità e dell'appropriatezza di accesso ai servizi sanitari, riducendo le disomogeneità organizzative, favorendo la transizione digitale, potenziando 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'otti-

ca di OneHealth (salute, ambiente, clima);

- ✓ Permette l'accesso alle popolazioni di regioni al 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 automaticamente superato. Gli auspicati processi di "integrazione Ospedale-Territorio" sono stati finora fallimentari perché fundamentalmente 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

so gioco di autoalimentazione di flussi economici. Gli obiettivi programmatici 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 pluripatologie.

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 destinati 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 Commitenza, 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 Genera-

le: 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 estenso 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 mo-

noparentali) 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 competenze 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 burocratica/amministrativa, utilizzando piattaforme di rilevazione dati e prestazioni, tali da costituire una “cartella

clinica 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 proinarsi 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 pe-

diatrico, 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 maltrattanti;
- 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 Do-

miciliari 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 riabilitazione 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 cam-

biare 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 neurodegenerative 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 proposta, 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 ultrasessantenni 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, ri-

mossa 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 infermieristico, 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, defi-

nendone 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 équipe 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'équipe 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, fisiatri, oncologi, pediatri.

La Centrale Operativa coordina le attività delle équipe 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 particolare i tracheotomizzati (cannule tracheotomie, metalline, filtri, ecc.) e i porta-

tori 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 territoriali 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 rinnovato 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 conven-

zionati, 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 relazioni 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 qua-

li, a seguito di un'analisi e stratificazione di popolazione, vengono identificate tipologie di pazienti con multi-cronicità 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 compartecipazione 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 "Cronic 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 popo-

lazione 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 tantomeno rilevante nell'incidere sulle soluzioni assistenziali, nella maggior parte del Paese.

Tarda finanche 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), finanche 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 riformatrice: "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 as-

sistenza 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 (Assi-

stenza 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 multiprofessionali, rappresen-

tano 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 garantito 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-epidemiologico.

logica 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 rea-

lizzazione 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 popola-

zione 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, attestando-

si 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 inopportuni 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



Il progetto di sistema delle cure domiciliari

relazione a cura di

STANISLAO NAPOLANO

Le 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 **ospedale - territorio** (socio-sanitaria e multi professionale) più volte auspicata. Le Cure Domiciliari nella visione della nostra proposta, rappresentano uno snodo fondamentale, tale da richiedere un modello organizzativo, proprio per rappresentare il concetto di Valore di Cura che assegniamo a questo setting assistenziale. Si dettagliano inoltre molte pratiche di cura e che nel tempo stanno 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 delle cure 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 riabilitazione potessero essere curati e assistiti al proprio domicilio, da questo si evince che i ricoveri ospedalieri, mediante l'attivazione di medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, servizi sociali del comune e gli operatori socio - sanitari, personale infermieristico e di riabilitazione. Il personale ad oggi è stato reclutato tra lo scarno personale del distretto o prioritariamente mediante cooperative scelte tramite gare pubbliche d'appalto.

Da un ventennio però, sono cambiate le tipologie dei pazienti, non più solo ultrasessantacinquenni, e patologie sempre più complesse, con esigenze assistenziali ad alta intensità curativa. Questa evoluzione della tipologia del paziente, la diffusa sensazione che trattasi di assistenza "banale" perché 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 un'equipe multiprofessionale ed esperti capaci di gestire tali impegnativi patologie. A ciò si aggiunga la diversa organizzazione regionale e aziendale del sistema delle Cure domiciliari che le rende più un "casuale" collage che un Sistema organizzato.

L'obiettivo sanitario delle Cure Domiciliari che necessitano di una riorganizzazione profonda, secondo la

nostra proposta, si articola in alcuni principi fondanti:

- ✓ assicurare prestazioni in continuità con quelle ospedaliere ed avere in tal modo 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;
- ✓ una governance centralizzata ad opera di una Centrale Operativa aziendale;
- ✓ servizi distrettuali di Cure Do-

miciliari 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;
- ✓ la 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, l'efficientamento del sistema e la riduzione dei costi.

Come struttura unica e autonoma di Cure Domiciliari, si propone una incaricata 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 Domiciliari che assume a sua volta la funzione di "produzione".

La "centrale operativa"

Si ritiene indispensabile organizzare il Sistema delle Cure Domiciliari come struttura autonoma, che:

- ✓ 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 le richieste di presa in carico dalle porte d'accesso dei servizi distrettuali di Cure Domiciliari, dai medici di famiglia, dai medici ospedalieri o di chiunque altro sanitario e faccia istanza di presa in carico in cure domiciliari;
- ✓ effettua il monitoraggio tra domanda e offerta, sviluppa i report per le statistiche distrettuali, oltre a mantenere la contabilità per la spesa prodotta;
- ✓ dotata di una serie di postazioni informatizzate con personale infermieristico che riceve le segnalazioni e le smista ai servizi specifici e a quelli integrati;
- ✓ 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.

Le risorse per il sistema di cure domiciliari

Il Sistema auspicato 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 reg-

gersi 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.

STEFANO LORUSSO

La Sanità post Covid una nuova lettura del territorio

*Capo Segreteria Tecnica
Ministero della Salute*



Questa è la mia terra, la mia Regione e quindi sono tra Voi con piacere anche se sono diversi anni ormai che non lavoro più qui.

Ho avuto la fortuna di lavorare in questo settore, in qualità di dirigente regionale come direttore amministrativo e direttore generale di ASL. In Campania ho seguito un dottorato di ricerca con la professoressa Triassi che è intervenuta nelle precedenti sessioni di questo evento.

Ho lavorato in diverse altre realtà del meridione, quali la Puglia, la Sardegna e la Basilicata e nella Regione Lazio anche se questa non è da considerare Mezzogiorno.

Vorrei partire da una riflessione, anche perché i numeri vanno un po' interpretati: ho sentito più volte richiamare i criteri di riparto.

Il criterio di riparto del 40% è un criterio che certamente non risolverà del tutto i problemi del disequilibrio e

dell'omogeneizzazione, però è un criterio che si traduce sostanzialmente in numeri che sono molto incidenti.

Voi sapete che è in discussione con le Regioni il riparto dei fondi associati al PNRR e relativamente alla missione 6 sono in discussione tutte le risorse destinate agli investimenti ed a breve faremo anche una proposta sull'assistenza domiciliare.

Rispetto agli investimenti il criterio adottato ci dice che mediamente mentre nelle regioni del nord faremo case della comunità, una ogni 50.000 abitanti, nelle regioni del sud faremo invece case hub e spoke quindi con la possibilità di avere case della comunità anche ogni 37000 abitanti.

Sul concetto di casa di comunità entrerà poi nel merito quando faremo una lettura di tutti gli interventi del PNNR.

Ora mi preme solo dire che la casa della comunità è un modello organizzativo che attualmente in Italia non esiste e proverò a spiegare il perché.

Sento spesso confondere il concetto di casa della comunità con casa della salute, nell'impostazione del PNNR e nell'impostazione del documento che si sta elaborando all'interno del Ministero della Salute sono due concetti differenti.

Parlando di ospedale di comunità, nel D.M.71 vi è definito uno standard sul numero di case comunità che è di circa una ogni 50.000- 100.000 abitanti.

Naturalmente con il PNNR non finanzieremo tutto lo standard ma finanziamo al Sud ad esempio una casa di comunità ogni 127.000 abitanti mentre al nord ogni 164.000 abitanti.

Ciò è una risposta importante per iniziare, successivamente queste case di comunità possono beneficiare di ulteriori risorse economiche.

Le risorse introdotte dal PNNR non sono le risorse dell'articolo 20 e non sono neppure le risorse dei fondi strutturali che hanno dei tempi di utilizzo definiti, mentre quelli relativi all'articolo 20 hanno un tempo illimitato perché si reggono su un accordo di programma che non prevede sanzioni, e questo va bene per le Regioni del Mezzogiorno che non brillano nella spesa!

Il problema dei finanziamenti è un falso problema, il vero problema che abbiamo nel sud è come spenderli questi soldi, bisogna infatti che lo si faccia in maniera intelligente!

Il PNNR è un programma che funziona per stati di avanzamento e quindi per spesa sostenuta ma anche per milestone e target.

In termini operativi tutto ciò vuol dire che ogni anno ci saranno delle milestone e dei target da rispettare ed è questo il monitoraggio dell'Unione Europea.

Il mancato raggiungimento di queste milestone e target non consentirà all'Italia e alle Regioni di poter usufruire più di queste risorse.

Il Governo nel suo complesso si sta organizzando, e nello specifico all'interno del Ministero della Salute, si sta costruendo un'unità che si occuperà esclusivamente di PNNR; sarò ancora per poco capo della Segreteria tecnica perché, a breve, mi dovrei occupare esclusivamente di PNNR.

Quindi c'è un tema di governance

del PNNR che un tema fondamentale e che va assolutamente sottovalutato a livello regionale.

Le risorse disponibili rischiano di essere un boomerang per quelle Regioni che non si organizzano in tempo per gestire adeguatamente il flusso di risorse economiche che finirà nel 2026.

Nel 2026, quando si valuterà l'assistenza domiciliare, se non si è raggiunto il 10% (valore target) saranno decurtate le risorse inviate.

Se in Regione Campania le 150 case di Comunità non saranno state realizzate nascerà il problema della restituzione delle risorse impegnate. Questo è bene dirlo con grande chiarezza e quindi il tema vero, per chi come me conosce il mondo della sanità, non è solo il finanziamento ma anche e soprattutto quello della governance, per ripensare anche i fondi strutturali possono essere spesi.

Il PNRR non è solo una fonte di finanziamento ma è anche un modo che deve servire a tutti noi per riflettere su come gestire le risorse disponibili e questo secondo me è un elemento importante.

L'altra novità del PNRR che lo differenzia dall'articolo 20 è che mentre l'articolo 20 (io ho gestito l'articolo 20 della Regione Basilicata per 2-3 anni quindi lo conosco bene ed ho fatto la programmazione anche in Puglia) di fatto da grandissima possibilità alle Regioni di individuare gli interventi e le modalità di intervento in linea con l'aspetto istituzionale del sistema sanitario nazionale, il PNRR non lo consente.

Il PNRR è forse uno dei primi programmi, (ce ne sono stati altri ma con importi molto limitati) che prevede esattamente per ciascuna Regione come spendere le risorse assegnate, ad esempio: devi fare un tot di case della comunità, un tot di ospedale di comunità e devi attivare le centrali operative che voi giustamente richiamate nel vostro documento.

Anche sulla tecnologia sono negoziate tutte le singole grandi apparecchiature che devono essere sostituite.

Relativamente a questo ultimo punto la scelta fatta è stata solo di ammodernare il parco tecnologico mentre al sud vi è anche la possibilità di potenziarlo e questa è un'altra novità!

Le tecnologie sono però individuate e devono essere scelte sulla base di una serie di criteri che voi potete trovare nel PNRR quali ad esempio l'obsolescenza e l'effettiva capacità produttiva.

Quindi la novità del PNRR, al di là delle risorse che sono tantissime: parliamo tra PNRR e programmazione complementare di circa 19 miliardi, impone per la prima volta, e non solo a livello centrale, una governance forte delle politiche di investimento sia infrastrutturale che tecnologico ma anche a livello locale un ripensamento dei modelli organizzativi.

Questo è un elemento che molti stanno sottovalutando e che invece sento l'esigenza di sottolineare perché è uno dei grandi elementi di novità del PNRR.

L'altro elemento di novità è che per la prima volta il Ministero si appropria di una funzione forte: "le risorse

te le do, le gestisci ma per organizzare un modello regionale funzionale al servizio sanitario nazionale".

Arrivo alla carta di Matera che leggerò con attenzione, anche se di alcuni principi ne avevamo già discusso in una riunione in presenza fatta al Ministero della Salute e ne avete parlato anche con il Ministro.

Il DM 70 ha rappresentato un punto importante nelle politiche sanitarie di questo paese perché è stato uno dei primi documenti che ha definito una serie di aspetti che secondo me qualificano la rete ospedaliera definendo la rete gli ospedali hub e gli ospedali spoke.

Il D.M. 70 è ormai datato del 2015 va sicuramente aggiornato sotto il profilo del completamento del territorio e del concetto di intensità di cura; profili fatti propri dal D.M.71.

Nel documento pubblicato sul quotidiano salute ci sono tutti i documenti di lavoro anche se non vengono affrontate tutte le tematiche. Abbiamo una milestone molto importante nell'ambito del PNRR e che quella di definire entro il 30 giugno (vorremmo arrivarci molto prima), il modello organizzativo di riferimento per gli investimenti previsti dal PNRR e quindi il documento che sta circolando si focalizza soprattutto sul PNRR.

Ma perché è importante questo documento?

Nel PNRR si parla di casa della comunità, ma se io chiedessi a ciascuno di voi cos'è una casa della comunità ognuno avrebbe una sua idea, non c'è un punto di riferimento forte, preciso.

Si parla di centrali operative territo-

riali, qui proponete un modello, ma è un modello che ogni Regione o addirittura ogni ASL potrebbe applicare in maniera totalmente differente.

Allora noi abbiamo la necessità di avere una "metrica" del territorio, abbiamo bisogno di ragionare su un modello organizzativo di riferimento di questo, ovvero abbiamo bisogno di leggere il territorio.

Se andate a vedere gli indicatori del vecchio sistema tutti provano a dire come funziona il territorio nelle singole regioni ma sono di derivazione dell'ospedale e parlano di accessi inappropriati nei Pronto soccorso, parlano di riospedalizzazione ecc.

Tutti questi indicatori misurano indirettamente la difficoltà del territorio a prendere in carico il paziente soprattutto chi affetto è da patologie croniche.

Lo stiamo iniziando a fare con le prime 8 regioni, il documento redatto è il frutto del lavoro congiunto tra il ministro della Salute e 8 regioni tra cui la regione Lombardia, la regione Emilia Romagna, la regione Veneto e per il sud la Regione Puglia.

Successivamente, una volta stabilito un modello di riferimento, questa intesa si trasformerà in un Regolamento del Ministero della Salute e quindi diverrà un adempimento per tutte le Regioni che dovranno uniformarsi a questo regolamento.

Ovviamente nessuno pensa di avere la bacchetta magica ci vorranno tutti i 5 anni previsti dal PNRR.

Una volta recepito dalle Regioni si potranno implementare i flussi informativi, il flusso sull'ospedale di co-

munità, il flusso sulle centrali operative, e quindi si potrà iniziare a leggere meglio il territorio.

Io credo che l'obiettivo vero che tutti noi abbiamo è quello di avere il piano di lettura del territorio.

Ogni cittadino con questa visibilità, chiamata tree-map cromatica ha subito idea della qualità del servizio offerto in relazione agli standard nazionali.

Sul territorio oggi questo non esiste, e sarà un percorso lungo che inizia con un modello di riferimento che non sarà certamente il migliore possibile ma è un modello che potrà essere migliorato e risorse economiche sufficienti per farlo.

Nel PNRR inoltre, abbiamo le risorse per l'assistenza domiciliare.

Questo punto è un elemento che non viene evidenziato ma l'articolo 5 del regolamento 241 dice: con le risorse del PNRR possono essere finanziati solo gli investimenti salvo rari casi, potranno essere finanziati anche i servizi.

Nonostante questo vincolo siamo riusciti in una delle pochissime missioni del PNRR: finanziare 2,7 miliardi di euro per l'assistenza domiciliare che sarà ripartita tra le regioni sulla base del fabbisogno e cioè andando a verificare qual è il livello di partenza dell'assistenza domiciliare rivolta alle persone che hanno più di 65 anni.

Il target italiano su questo punto è di portare tutto al 10%.

Ci sono regioni che sono al 9%, come l'Emilia Romagna ed il Veneto. A quelle regioni verrà data una quota

inferiore di risorse e ovviamente sempre nel vincolo di distribuire, speriamo di poterlo fare con più del 40% al sud.

Questo è un elemento che qualifica il PNRR, perché abbiamo un modello organizzativo e quindi una cornice che norma come devono essere spesi i soldi e questo, a mio avviso, è un aspetto fondamentale.

I soldi per gli investimenti sono in parte destinati anche nell'assistenza domiciliare e da venerdì sapremo se il fondo sanitario del 2021 sarà un dato di partenza e non di arrivo.

Voi sapete che il fondo sanitario 2021 è stato "drogato" da una serie di misure legate all'emergenza COVID, oggi il Ministro è riuscito in una difficilissima negoziazione a sancire il principio che il dato del 2021 è il punto di partenza e quindi lo sviluppo temporale del fondo sanitario dovrebbe consentirci di avere per i prossimi tre anni una transizione da 114 miliardi a 126 miliardi.

Questo è un elemento che dà sicurezza, non solo sulle risorse per investimento, ma anche sulle risorse di parte corrente che devono accompagnare questa riforma.

Abbiamo altri due problemi.

Un primo problema è quello di superare il vincolo del personale. Io ho vissuto drammaticamente tale aspetto e con Montagano abbiamo sempre sostenuto nei tavoli di lavoro che questo sarebbe stato un tema difficile per la Regione Basilicata perché questa è l'unica Regione in Italia che oggi non ha una struttura privata accreditata per ricoveri acuti ed ha il personale

del 118 quasi tutto dipendente. Nel 2004 con l'1,4%, paragonare noi alla Lombardia era una follia e fu proprio quel dato che ha anche aumentato alcune diseguaglianze.

Dovrà rimanere il vincolo dell'equilibrio economico in ogni regione; ognuna avrà la possibilità di mixare i fattori produttivi in maniera intelligente e tale da contestualizzare le diverse realtà regionali.

Si dovrà provare a fare questo sforzo già previsto nella legislazione e determinare una metodologia per la definizione dei fabbisogni di personale che sia un punto di riferimento nazionale e che venga adattata ad ogni singola regione.

Il secondo step è quello di superare questo vincolo e provare a fare un ragionamento più alto di programmazione. Provare a dire che il personale deve essere oggetto di un'attività vera di pianificazione e programmazione del settore da parte delle regioni che deve essere contestualizzato in quanto ci sono regioni che hanno fatto delle scelte diverse anche sulla specialistica ambulatoriale.

Ci dev'essere libertà di contestualizzazione ma anche un modello di riferimento che non vincoli le regioni a quel 1,4% del 2004 che le legislazioni sia del Ministro Grillo che del Ministro Speranza hanno successivamente aumentato del 5% fino al 15%.

Io credo però che è un vincolo obiettivamente difficile da spiegare in quanto non ha nessun criterio, è semplicemente un tetto che non tiene conto in nessun caso di altre valutazioni.

Un altro problema è quello della disponibilità effettiva di professionisti sanitari. Il D.M.71 per come sta nascendo richiederà un incremento notevole di professionisti sanitari, un incremento di medici convenzionati, un incremento di sumaiisti, un incremento di medicina generale, ma soprattutto un incremento, notevole, di infermieri.

Se fotografiamo la situazione attuale abbiamo regioni in cui le RSA arancano e si rischia la chiusura soprattutto nelle aree del nord del nostro Paese per carenza di queste figure professionali.

Questo è uno degli obiettivi prioritari di questa riforma. Nel PNRR sicuramente c'è una risposta importante sui medici perché le borse di studio sia delle MMG che di specializzazione universitarie sono distribuite dal Ministero della Salute.

Noi abbiamo scelto di riservare risorse finanziarie da destinare a 4.200 borse per i contratti di specialistica, 2.700 in più rispetto a quelle che normalmente vengono finanziate per la medicina generale.

Tutto ciò ha comportato che quest'anno, tra risorse ordinarie e risorse incrementate in Legge di bilancio, le risorse del PNRR e le risorse che hanno messo in campo le regioni, credo siano state bandite, parlo delle specializzazioni universitarie, 19 mila borse di studio ed hanno partecipato 20.000 persone e credo che, a conti fatti, sono rimaste delle borse di studio soprattutto nella medicina d'urgenza non ancora coperte.

Cosa vuol dire tutto questo? L'im-

buto formativo di fatto non c'è più è dall'anno prossimo noi avremo 12.000 borse di studio ogni anno a cui si aggiungeranno a quelle della medicina e della medicina convenzionata rivolte a medici di Medicina Generale e quindi alla fine il problema dell'imbuto formativo tra qualche anno non dovremmo averlo.

Poi aggiungiamo che quest'anno è incrementato anche il numero dei corsi di laurea.

Nella Regione Basilicata ho avuto il piacere e l'onore, come capo della segreteria tecnica, di collaborare con la regione e l'Università degli Studi della Basilicata per far nascere il primo corso di laurea di Medicina e quindi anche in questa regione, che era l'unica in Italia a non averlo, ci sarà da quest'anno il corso di medicina.

In Puglia c'è stato invece un grosso investimento ed attraverso la LUM si è incrementato l'offerta formativa universitaria.

Resta il tema importante, lo dico in un ambiente in cui sono presenti quasi tutti i medici, della riforma dell'assistenza territoriale che, attualmente è molto incentrata sulla figura dei nostri professionisti sanitari ed in particolar modo degli infermieri, figura professionale, dal mio punto di vista, strategica e fondamentale.

Ho avuto la fortuna/sfortuna di vivere l'esperienza della prima ondata del Covid come direttore generale e ho apprezzato la flessibilità mostrata dagli infermieri.

La loro flessibilità è stata un valore aggiunto nella gestione della risposta pandemica che, almeno a Frosinone

dove lavoravo, ha permesso di dare dati già dai primi mesi.

Si sta lavorando per incrementare da 3.000 a 5.000 posti annui in maniera costante il potenziale informatico e anche in questo caso pur considerando che il lavoro è in fase avanzata, avremo tra 3 anni professionisti formati. C'è un ulteriore tema da definire che pone anche il vostro documento e cioè quale tipo di formazione avviare: quella di infermiere di famiglia e/o di infermiere in terapia intensiva, che sono due figure diverse.

Un ulteriore tema riguarda il fatto che non tutti i professionisti sanitari sono pagati in maniera adeguata. L'anno scorso abbiamo fatto un grande lavoro incrementando i fondi in maniera importante per tutti i nostri professionisti ma è stato solo un primo passo. Stiamo provando a lavorare per incrementarlo e vorremmo proporre delle indennità specifiche per alcuni settori, in particolare di quelli che risentono maggiormente dell'abbandono precoce quale quello delle emergenze ed urgenza, così come professionisti che sono nei pronti soccorsi o nell'emergenza territoriale.

C'è un duro lavoro da fare e la pandemia ha dato una nuova consapevolezza. Ora c'è da lavorare e ci sono altri due temi che secondo me sono importanti per costruire delle alleanze atte a difenderli perché dobbiamo mantenere alta l'attenzione e fare in modo che passata la pandemia non ritornino questi problemi nel dimenticatoio.

Se tutti ci siamo resi conto di quan-

to abbiamo pagato per delle scelte non fatte nel passato, allora perché non fare il D.M.71 come nel passato che ha portato alcune regioni a sviluppare modelli che si sono rivelati assolutamente incapaci di rispondere in maniera adeguata alla pandemia ma altre che invece hanno risposto immediatamente perché già avevano attive delle centrali operative territoriali più forti. Questo deve essere un monito a continuare a lavorare ed in questo contesto che nasce il PNRR.

Noi, come Ministero, siamo stati i primi a presentare proposte, lavorando tutto agosto e primi giorni di settembre, su oltre 20 progetti per circa 64 miliardi affrontando vari temi, alcuni non trattati nel PNRR, come quello della salute mentale.

La scelta fatta è quella di non disperdere le risorse finanziarie, circa 18 miliardi, in tanti progetti ma di concentrarle su una risposta territoriale forte.

Il PNRR è molto focalizzato sulla cronicità perché per la prima volta nella storia di questo paese è possibile utilizzare i fondi strutturali. Questo è stato un grande lavoro fatto dal-

la Ministra Carfagna ed il Ministro Speranza; a breve annunceremo che nei prossimi accordi di partenariato ci saranno ulteriori 625 milioni per le 7 regioni del sud destinati a un programma che si chiama “equità in salute”, un programma che andrà a integrare quello che non è stato toccato in maniera importante dal PNRR. Quando abbiamo dovuto provare a formulare il programma operativo siamo partiti dai progetti che non eravamo riusciti a finanziare e quindi stiamo ragionando su un grande programma che riguarda il budget anche di salute mentale. Stiamo ragionando sulla medicina di genere, sugli screening e sulla povertà sanitaria, quindi su una serie di extra-lea che non vengono erogati. Quello che voglio sottolineare è che le risorse non mancheranno.

Oggetto di grandissima discussione è la definizione, una volta per tutta, del ruolo del distretto. Mi piace pensare che uscirà fuori un distretto fluido, forte, per strumenti e modelli organizzativi come previsto dal PNRR.

Faccio una personalissima proposta: credo che il direttore del distretto

debba entrare nella direzione strategica, deve avere un ruolo da considerare al pari del direttore sanitario e amministrativo, dotato di personale formato con le risorse del PNRR. Ci sono 18 milioni per questa attività, una cifra importante per formare professionisti sanitari.

Stiamo costruendo un modello che è fortemente incentrato sul bisogno di professionisti che sappiano non solo interpretare il ruolo assegnato ma che abbiano una grande capacità relazionale perché si ha la necessità di dialogare con tutti i diversi soggetti: enti del terzo settore, comuni ecc. poiché è un ruolo complesso da cui dipende il successo di un’azione.

Il lavoro che si sta facendo è solo all’inizio, questi sono solo i primi step ma la direzione è forte e questa volta non abbiamo alibi per non portare a casa il risultato sperato. Le risorse le abbiamo e anche gli strumenti, dobbiamo solo capire l’obiettivo.

a firma di

Stefano Lorusso

PAOLO RUSSO

La pandemia e lo stress test della Sanità

*Componente commissione
bilancio, tesoro e programmazione
Camera dei Deputati*



Una cosa l'abbiamo capita, seppur con colpevole ritardo: le filiere indispensabili per affrontare le criticità del terzo millennio sono due.

La filiera alimentare: non significa autosufficienza, semmai capacità di produrre in modo diversificato in una chiave di strategia europea migliorando la sostenibilità ambientale e le qualità dei prodotti.

La filiera della salute: abbiamo misu-

rato quanto sia stata incapace di adattarsi alle nuove emergenze planetarie.

Abbiamo affrontato, come si dice, una crisi orizzontale con strumenti e dotazioni diseguali.

Una rigidità sclerotica fatta di ordinanze, responsabilità, talvolta menefreghismo, impreparazione ed il timore dell'ignoto.

Il Sud ha patito la cronica inefficienza strutturale e la sostanziale ine-

sistenza di reti adeguate capaci di intercettare e modulare i bisogni.

Intercettare e modulare i bisogni direi più semplicemente capace di curare con tempestività e qualità.

Presto abbiamo alzato bandiera bianca!

Il risultato è stato una sorta di risposta fai da te a cui hanno contribuito in modo eroico medici di base e specialisti ambulatoriali, ospedalieri e giovani usca, personale sanitario tutto che con spirito garibaldino e non senza lutti e rischi hanno agguantato il male del secolo.

La risposta “fai da te” non poteva ovviamente essere eguale sul territorio del mezzogiorno e nemmeno era pensabile che quella strategia a macchia di leopardo potesse essere un modello.

Pazienti abbandonati alla propria solitudine ed angoscia, familiari atterriti, una vera e propria esplosione del patto sociale fatto di umanità e solidarietà che anima le democrazie cristiane ed occidentali.

Potremmo pensare che al nord sia andata meglio. Purtroppo no. Anche in Lombardia e persino in Veneto abbiamo registrato incertezze, disattenzioni, carenze gestionali e programmatiche.

I due modelli che si sono misurati con il destino virale erano incentrati su ciò che ci sembrava normale sino a 20 mesi or sono.

I grandi ospedali del nord ricchi di eccellenze tecnologiche, organizzative e professionali erano il naturale baluardo ad una domanda di salute crescente. Sfavillanti strutture pubbliche e private

beate nella “grandeur” delle ultraspecializzazioni si sono ritrovate vulnerabili, impreparate e soccombenti al primo stormir di fronde virali.

Si pensava che quelle competenze, anche con una malcelata spocchia, sarebbero state sufficienti a contenere e sconfiggere il male.

Il male di una patologia acuta o cronica, neoplasie o degenerazioni, chirurgia d’avanguardia o trapianti.

Non si immaginava minimamente cosa c’era dietro l’angolo.

Una ondata di acuti per una ignota patologia virale che affollava i pronto soccorso e piegava nel volgere di qualche settimana le grandi strutture ospedaliere vanto della migliore tradizione Emiliano-Lombardo-Veneta.

L’altro approccio quello costruito sul rapporto di una medicina territoriale più attrezzata ha presto dovuto fare i conti con modelli di gestione da soviet con irrigidimenti iperstatalisti (iperegionalisti) incompatibili con la virulenza dell’attacco e con la necessaria elasticità e duttilità arma vincente in questi casi.

Il sud non aveva né l’un modello e nemmeno l’altro, era semplicemente privo di modelli retaggio di un sistema gestionale clientelare, poco orientato alla efficienza ed assolutamente non misurabile con target di qualità.

L’unica strategia era provare a confidare sulla responsabilità dei cittadini e rimettere in piedi una parvenza di struttura territoriale di salute pubblica che deliberatamente nei lustri addietro era stata pervicacemente smantellata o peggio affidata ad altre funzioni talvolta politiche tal’altra affaristiche.

La riflessione di quest’oggi per queste ragioni è meritoria.

Non servono colpevoli, compete ad altre responsabilità eventualmente individuarli e perseguirli, a noi interessa un’analisi approfondita che si appalesa con chiarezza dalle relazioni di questi giorni.

Forse sarebbe anche utile e giusto che al cospetto di 130mila vittime e un milione di cittadini segnati irrimediabilmente ormai dal cronicizzarsi di patologie post Covid con gravi esiti il Parlamento si decida a varare una Commissione d’inchiesta su questa tragedia pandemica. Servirebbe anche ad evitare per il futuro i tanti errori pur commessi.

Servono riforme capaci di costruire sistemi modulari ed elastici che rispondano alla domanda di salute in modo eguale in ogni parte del Paese, sapendo però che il Paese non è uguale.

Il nuovo distretto “fluidico” io direi duttile, rapido nella capacità di risposta, ma anche strutturato e magari non ridotto ad un sistema burocratico di flussi, ma capace di budget funzionale all’efficienza e non al risparmio.

Non voglio iscrivermi al partito della spesa pubblica, ma intanto i fondi del react eu e quelli del Pnrr sono una iniezione indispensabile per ammodernare le strutture, costruire le reti, efficientare i sistemi, migliorare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni.

Non troverete mai in me il paladino di una sanità pubblica intesa come assolutista, capace di ogni risposta ed ogni prestazione, di tutti i servizi e di

ogni investimento. No per me il ruolo del privato anche sui territori è strategico, necessario, competitivo.

Forse un tema centrale a cui pur dovremo dedicare pari interesse è rappresentato dalla mobilità sanitaria strumento ormai quasi strutturale del finanziamento delle sanità del nord, una nuova forma di vassallaggio sociale, culturale e tecnologico.

4,6 miliardi sottratti alle regioni meridionali e capaci di rendere ancora più performanti le sanità del nord, 255 euro che ogni cittadino meridionale devolve a favore delle sanità di Lombardia, Veneto ed Emilia senza contare le risorse indirette ed indotte che ammontano a circa ulteriori 2 miliardi.

Anche in questo caso quel distretto “fluidico” potrebbe fare di più nella presa in carico di pazienti fragili e per patologie complesse, ma non basta e dovremmo indicare e studiare forme di remunerazione a riduzione del saldo passivo tra regioni individuando patologie, prestazioni e target senza

conculcare il diritto di ogni cittadino a pretendere la migliore prestazione possibile.

C’è da rimettere in piedi la baracca, c’è anche da recuperare le milioni di visite saltate, di pazienti lasciati in balia di paure maggiori, c’è da impegnarsi sul fronte delle profilassi e della prevenzione.

Ce n’è di roba da affrontare...

Ormai siamo pronti a finanziare, al sud e non solo, nell’ambito della programmazione 21/27 del Fondo di sviluppo e coesione, utili strategie per valorizzare la salute pubblica.

Ci sarà da sostenere il capitale umano, quello strumentale ed ovviamente quello tecnologico, ci sarà da rivolgere particolare attenzione alle aree interne (un primo profilo è prossimo ad un bando proprio per le farmacie rurali), alle medicine di prossimità ed a quelle da remoto in una integrazione che non sia il sistema per allontanare il personale sanitario dal paziente, ma piuttosto provando ad avvicinare semmai le competenze.

Si apre insomma una stagione ricca di scelte ed opzioni che peseranno sulle prossime generazioni e per questo devono essere meglio ponderate e maggiormente condivise.

La riflessione di questi giorni non è importante, di più, è necessaria, perché solo scelte frutto di approfondimento, solo indicazioni che promanino da chi è al fronte, solo testimonianze dirette di operatori sanitari e medici qui autorevolmente riuniti possono rendere quelle opzioni fioriere di una migliore stagione non tanto per noi medici e questo pur non guasterebbe, ma per i cittadini, per quei bambini costretti al sud ad una sanità imbarazzante, per quelle madri disperate alla ricerca di strutture accoglienti, per ogni donna ed uomo del Mezzogiorno che merita il diritto alle cure, rispetto e dignità.

Rispetto per la persona dignità nelle cure!

a firma di

On. Paolo Russo

DALILA NESCI

Mezzogiorno, il divario da recuperare

*Sottosegretaria per il Sud
e la coesione territoriale*



Buonasera a tutti e grazie per l'invito a questo evento importante per delineare gli interventi di riforma che servono a rafforzare il nostro sistema sanitario, partendo dal Mezzogiorno come laboratorio per una nuova sanità distrettuale.

Una sfida ambiziosa ma realizzabile in pieno, a condizione però di recuperare quel divario strutturale rispetto al Centro-Nord che in campo sanitario è particolarmente accentuato.

Come rappresentante del Governo, vorrei attenzionare la questione del recupero del divario sanitario del mezzogiorno grazie anche alle misure previste nel PNRR, misure che appaiono in linea con le proposte di riforma della sanità territoriale che sono state e verranno approfonditamente discusse in occasione di questi 3 giorni di convegno.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nasce in risposta alla grave

crisi economica, sociale e sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19.

Proprio per questo motivo, particolare attenzione è riservata alla salute, cui è specificatamente dedicata la Missione 6 del Piano.

La Missione è volta a superare le maggiori criticità strutturali emerse durante la pandemia in ambito sanitario, anche in vista di una prevedibile crescita della domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali attualmente in atto.

Le principali criticità, come anche ben evidenziato nelle relazioni sul “Il Distretto sanitario post-Covid” – documento estremamente interessante e ricco di spunti di riflessione – riguardano le disparità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, l'insufficiente integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, e la lunghezza dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni. Sono proprio questi punti deboli a determinare la c.d. “emigrazione” sanitaria dal Sud al Centro-Nord del Paese.

Al riguardo, la Missione 6 del PNRR prevede un insieme di riforme e investimenti, raggruppati in due distinte Componenti, volti ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e a sviluppare le competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale, offrendo così un utile strumento per arginare l'emigrazione sanitaria del Sud e colmare il gap sanitario esistente tra le varie aree del Paese.

Nello specifico, le due Componenti della Missione riguardano anzitutto il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le “Case della Comunità” e gli “Ospedali di Comunità”, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e l'integrazione dei servizi socio-sanitari.

In particolare, per la prima componente è prevista:

- l'attivazione di 1350 Case della Comunità entro il 2026 dotate di team multidisciplinari (medici generali e specialisti, pediatri, infermieri etc.);
- la realizzazione di 380 Ospedali di Comunità entro il 2026 per ricoveri brevi e interventi sanitari a media/bassa intensità clinica;
- l'aumento delle prestazioni sanitarie, con la presa in carico, sempre entro il 2026, del 10% della popolazione di età superiore a 65 anni affetta da patologie croniche e/o non autosufficienti;
- la realizzazione, presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL), di un sistema informativo per la rilevazione di dati clinici in tempo reale;
- l'attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (una in ogni distretto) per il coordinamento dei servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari.

A detti investimenti, si aggiunge uno specifico investimento a valere sul Fondo complementare al PNRR

denominato “Salute, ambiente e clima”, per un totale di 500 mln, in complementarietà con le misure previste nella Missione 6, Componente 1, del PNRR.

In secondo luogo, la Missione ha come obiettivo l'innovazione delle strutture tecnologiche e digitali, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'erogazione e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché la valorizzazione della ricerca scientifica, del trasferimento tecnologico e della formazione del personale.

In particolare, per la seconda componente è previsto:

- l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (es: TAC, risonanze magnetiche e mammografi);
- il potenziamento della digitalizzazione di 280 strutture sanitarie, sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello;
- il potenziamento dell'offerta ospedaliera, attraverso l'incremento di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva;
- la realizzazione di interventi per l'adeguamento antisismico di edifici ospedalieri.

Per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi, sono previste due azioni distinte: da un lato il potenziamento

del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), attraverso l'integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati (anche da parte delle Regioni); dall'altro, il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Per quanto riguarda la ricerca scientifica e il trasferimento tecnologico, è previsto il finanziamento di 2.700 borse di studio aggiuntive del triennio 2021-2023 e 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

In complementarietà con detti investimenti, il Fondo complementare al PNRR prevede 3 ulteriori misure:

- “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” (1,45 miliardi);
- “Ecosistema innovativo della salute” (440 milioni); “Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale” (50 milioni).

È evidente che questo insieme di interventi contiene misure di grande efficacia rispetto al tema della riduzione del divario territoriale. La dotazione finanziaria per la Missione 6 dedicata alla sanità è pari complessivamente a 20 miliardi di euro, una cifra estremamente rilevante specie dopo anni di tagli alla sanità.

Voglio qui precisare che, in base all'art. 6-bis del decreto legge 77 del 2021 (ovvero alla cosiddetta Quota Sud che abbiamo fortemente voluto), le Amministrazioni titolari di inter-

venti del PNRR sono tenute a destinare almeno il 40% delle risorse territorializzabili al Mezzogiorno.

Al riguardo, il Ministero della Salute ha elaborato una bozza di proposta provvisoria, per la ripartizione di circa 8 mld relativi alla gran parte degli investimenti che il PNRR e il Fondo complementare destinano alla Sanità, nel rispetto del vincolo del 40% al Sud previsto dal d.l. 77/2021.

Ricordo poi che questo Governo prevede di incrementare progressivamente il Fondo sanitario nazionale portandolo a 128 miliardi di euro nel 2024.

In tema di sanità di prossimità, rilevano anche le misure previste dal PNRR per le Aree interne del Paese, ovvero quei territori distanti dai centri principali di offerta dei servizi essenziali alla cittadinanza, inclusi i servizi sanitari.

Al riguardo, la Missione 5 del PNRR (dedicata a Inclusione e coesione), prevede nella Componente 3 (relativa a Interventi speciali per la coesione territoriale) uno specifico investimento dedicato alla “Strategia nazionale per le aree interne”.

Detto investimento è volto a potenziare i servizi e le infrastrutture sociali di comunità nonché i servizi sanitari di prossimità. In questo senso, l'investimento è volto a consolidare le farmacie rurali convenzionate rendendole strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali.

All'investimento sono destinati 830 mln di euro. A questi, si aggiungono i 300 mln che il Fondo comple-

mentare al PNRR destina al miglioramento dell'accessibilità e della sicurezza delle strade per le Aree interne. Al riguardo, il 28 settembre u.s., la Conferenza Stato-Città ed autonomie locali ha raggiunto l'intesa sul decreto che assegna i 300 mln previsti dal Fondo complementare al PNRR per la manutenzione straordinaria delle strade delle aree interne. Il testo è stato predisposto dal MIMS, di concerto con il MinSud e con il MEF.

Conclusioni

Le misure previste nella Missione 6 del PNRR – in particolare, ma non solo, all'interno della prima Componente dedicata alle reti di prossimità e all'assistenza sanitaria territoriale – in sinergia con le altre misure previste dal Piano - ovvero quelle relative alla sanità di prossimità previste nell'ambito della Strategia Aree Interne della Missione 5 – contribuiranno in maniera significativa ad assicurare un'assistenza sanitaria continua e il più possibile corrispondente alle esigenze del paziente, a prescindere dalla regione in cui quest'ultimo risiede. In questo senso, il PNRR appare in linea con le proposte di intervento previste dal modello di organizzazione distrettuale delineato in occasione del presente Convegno, specie per quanto riguarda il Sud, essendo volto, tra gli altri, alla riduzione dei divari territoriali, al potenziamento del servizio sanitario e all'incremento dell'assistenza sanitaria di prossimità.

Quello che dobbiamo ridurre, infatti, è il divario di cittadinanza tra Nord e Sud, dobbiamo superare definitivamente la disparità esistente tra i diversi sistemi sanitari regionali e assicura-

re un effettivo coordinamento tra tutte le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, elementi questi indispensabili per arginare l'emigrazione sanitaria del Sud.

Grazie a tutti.

a firma di

On. Dalila Nesci

Programma

GIOVEDÌ 21 ottobre (Aula Magna)

Moderatori: ETTORE MAUTONE - ANTONIO CHIACCHIO

- ore 16.00 Saluti Sindaco di Matera
- » 16.10 Saluti Presidente dell'Ordine dei Medici di Matera
 - » 16.20 Saluti Capo Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata (ERNESTO ESPOSITO)
 - » 16.30 Saluti Presidente della Regione Basilicata (Vito BARDI)
 - » 16.45 Apertura dei Lavori - Presidente Centro Studi Regione Mezzogiorno (ROCCO GIORDANO)

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO LA CARTA DI MATERA

- ore 17.00 Il perché "La Carta di Matera" (STANISLAO NAPOLANO)
- » 17.15 Da Matera una riflessione sulla Sanità del Mezzogiorno (GIUSEPPE MONTAGANO)
 - » 17.30 Il privato accreditato nelle prestazioni territoriali (R. DE CANI)
 - » 17.45 Il ruolo dell'industria nella partnership pubblico privato (F. PATARNELLO)
 - » 18.00 Cambiamenti organizzativi post-emergenza, criticità e drivers: spunti da un'indagine di collaborazione multiprofessionale (A. DREI)
 - » 18.15 Innovazione tecnologica e nuovi strumenti costruttivi per la riqualificazione edilizia sanitaria (B. SIELO)
 - » 18.30 Il ruolo dell'università nella formazione del nuovo management in Sanità (M. TRIASSI)
 - » 18.45 Il terzo settore - Ruolo e potenzialità per la Sanità Territoriale (L. SANFELICE DI BAGNOLI)
 - » **19.00 Chiusura dei lavori**

VENERDÌ 22 ottobre (Aula Magna)

Moderatori: ETTORE MAUTONE - ANTONIO CHIACCHIO

- ore 9.00 Apertura Lavori (STANISLAO NAPOLANO - ROCCO GIORDANO)
- » 9.15 Il Distretto Sanitario tra passato e futuro (MARIA POMPEA BERNARDI)
- » 9.30 Il Distretto Sanitario - Una governance manageriale (ANTONELLA GUIDA)
- » 9.45 Le Cure Domiciliari un'area strategica (STANISLAO NAPOLANO)
- » 10.00 Una Equipe Sanitaria per il nuovo Distretto Sanitario (WALTER PALUMBO)
- » 10.15 La centrale operativa distrattuale (A. BORGHINI)
- » 10.30 Professionisti e mezzi per la Specialistica Ambulatoriale (GABRIELE PEPERONI)
- » 10.45 Il nuovo management distrettuale (GIUSEPPE GAMBALE)
- » 11.00 Nuovo rapporto tra la Direzione Strategica e la Governance distrettuale (FERDINANDO RUSSO)
- » 11.15 La Continuità assistenziale - Integrazione Ospedale - Territorio (GIANVITO CORONA)
- » 11.30 Nuovi aspetti della Sanità Lucana (G. MAGNO)
- » 11.45 Le Malattie Rare - Le criticità del Distretto nel rispondere a tali patologie (ILARIA CIANCALEONE BARTOLI)
- » 12.00 Il PNRR - Ministero della Salute (STEFANO LORUSSO)
- » 12.15 L'Anziano fragile: un percorso dedicato (ROBERTO MESSINA)
- » 12.30 Quale trasformazione digitale per la Sanità di Prossimità (G. GORGONI)
- » 12.45 Sanità Territoriale, dalle criticità alle soluzioni - La visione del Ministero (DONATA BELLENTANI)
- » 13.00 La pandemia e lo Stress Test della Sanità - Quando l'economia ha sostituito la Politica (On. PAOLO RUSSO)
- » 13.15 Cosa la pandemia ci ha insegnato - Come tutelare il diritto alla salute? (On. PAOLO SIANI)
- » 13.30 Il Mezzogiorno: un divario in Sanità da recuperare: Emigrazione sanitaria Sud-Nord - L'aspetto più critico (On. D. NESCI)

Nel corso della mattinata i discenti valuteranno il documento Carta di Matera e compileranno il modulo di adesione e/o osservazioni, consegnandolo a fine sessione alla segreteria organizzativa

- » **13.15 Pausa Pranzo**
- » 14.30 La Sanità dell'Abruzzo (F. DI GIOVANNI)

- ore 14.40 La Sanità del Molise (LOLITA GALLO)
- » 14.50 La Sanità della Campania (ANTONELLA GUIDA)
- » 15.00 La Sanità della Puglia (ANTONIO MILANO)
- » 15.10 La Sanità della Basilicata (C. D'ANGOLA)
- » 15.20 La Sanità della Calabria (MARIA POMPEA BERNARDI)
- » 15.30 La Sanità della Sicilia (MARCELLO NUCIFORA)
- » 15.40 Tavola rotonda - **“Il Distretto Sanitario - Ruolo e funzioni nel post COVID”**

Moderatori: ETTORE MAUTONE - ANTONIO CHIACCHIO

- ore 16.00 Discussant PAOLO SILERI - PAOLO SIANI - PAOLO RUSSO - DONATA BELLENTANI - ANTONELLA GUIDA - MARIA POMPEA BERNARDI - STANISLAO NAPOLANO - GIUSEPPE MONTAGANO - FERDINANDO RUSSO - LOLITA GALLO - WALTER PALUMBO - CRISTINA FLORENZANO - J. SCOTTI - A. MAGGIO)
- » **18.00 Chiusura dei lavori**

Ore 18.15 Riunione comitato tecnico per la valutazione delle osservazioni e stesura della versione definitiva del documento Carta di Matera

SABATO 23 ottobre

Moderatori: ETTORE MAUTONE - ANTONIO CHIACCHIO

- ore 9.00 Apertura lavori (ROCCO GIORDANO - STANISLAO NAPOLANO)

Consegna del documento definitivo La Carta di Matera ai discenti e al Ministro Roberto Speranza

- » 9.15 Relazione conclusiva de La Carta di Matera (A. GUIDA)
- » 9.30 La Carta di Matera la ripartenza della Sanità distrettuale (Ministro ROBERTO SPERANZA)
- » 10.00 Premiazione del personale sanitario operante nelle strutture sanitarie del Mezzogiorno, che si è distinto durante l'epidemia da COVID

Moderatori: ETTORE MAUTONE - ANTONIO CHIACCHIO

- » **12.00 Chiusura dei lavori**

Convegno organizzato:

Con il Patrocinio del:
Ministero della Salute e della Regione Basilicata



Con la sponsorizzazione di:



Si ringraziano le Società
per le sponsorizzazioni che hanno consentito
l'incontro tenuto a Matera dal 21 al 23 di ottobre,
organizzato dalla società Eubea
sul tema «Il distretto sanitario post Covid-19».

La pubblicazione degli atti completi è prevista per marzo 2022.