

Osservatorio sui sistemi sanitari

Dieci tesi per una nuova sanità territoriale

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Il 26 aprile 2023, a Milano, si è tenuta una Giornata di studio intitolata “La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?”

L’iniziativa, che ha concluso la seconda edizione del Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della comunità”, è stata promossa, nell’ambito del PRIN 2020 “Il diritto costituzionale della salute e dell’organizzazione sanitaria dopo l’emergenza della pandemia”, dal Laboratorio permanente sulla Sanità territoriale (LaboST) dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, da Federsanità Anci, dalla Società italiana di Diritto sanitario (SoDiS), dall’Associazione Prima la comunità, dal Centro interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell’Università del Piemonte Orientale, dalla Rivista “Corti Supreme e Salute”

Il LaboST dell’Università Cattolica ha formulato “dieci tesi” che condensano le principali acquisizioni, sul piano dell’analisi e della proposta, emergenti dai lavori della Giornata di studio, alla quale hanno preso parte oltre quaranta relatori, tra esperti e studiosi della materia

1. Il principio della “prossimità”, che qualifica la componente n. 1 della Missione Salute del Pnrr, comporta il rovesciamento del rapporto tra bisogno e servizio: la riorganizzazione della sanità territoriale non dovrebbe essere auto-centrata sui servizi, ma perseguire l’approccio proattivo e inclusivo proprio dell’assistenza primaria.

Al fine di pervenire in concreto a quel rovesciamento nel rapporto tra bisogno e servizio che sta al centro della componente n. 1 della Missione Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza, è importante che le aziende sanitarie coinvolgano non soltanto i servizi sociali, ma più estesamente gli enti locali, il terzo settore e il volontariato. In particolare, volontariato e terzo settore, oltre che come potenziali collaboratori nella prestazione di servizi, svolgono un ruolo di mediazione fondamentale sia per leggere i bisogni della popolazione sia per intercettarli presso i luoghi di vita e di lavoro. Prossimità, integrazione e inclusione non sono l’esito fisiologico di una più razionale e capillare dislocazione dei presidi territoriali delle aziende sanitarie, della messa in rete degli stessi e dei professionisti sanitari e sociali che vi operano o dell’incremento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, ma richiedono un cambiamento culturale e l’adozione di metodi di lavoro

aperti e intersettoriali. A tal fine, sarà importante un raccordo tra le misure oggetto della Missione 6 con quelle oggetto delle Missioni 5 del Pnrr.

Le Case della comunità, anche alla luce delle premesse ideali e delle esperienze concrete alla base del loro inserimento nell'agenda di politica sanitaria del Paese, rappresentano (*rectius*: devono rappresentare) il veicolo per eccellenza del rovesciamento in questione: un luogo dove, mentre si realizza la collaborazione tra professionisti della sanità e del sociale nella presa in carico del bisogno, enti locali e terzo settore possano co-progettare e attuare, insieme a tali professionisti, interventi di prevenzione primaria e promozione della salute in grado di coinvolgere attivamente la comunità, nonché di sperimentare misure per il contrasto della povertà sanitaria e per l'inclusione sociale, specialmente nei confronti della grave emarginazione.

2. L'offerta formativa deve essere adeguata alle esigenze della sanità territoriale, sia sul versante organizzativo, sia sul versante professionale.

Il rovesciamento del rapporto tra bisogno e servizio, proprio perché richiede anzitutto un cambiamento di mentalità e di approccio, non si realizzerà senza il concorso di una pluralità di fattori.

In primo luogo, dell'assistenza territoriale e della sua complessità strutturale si deve tenere conto fin dalla programmazione didattica dei corsi di laurea in medicina: durante la formazione di base del medico, il contesto organizzativo che fa da riferimento ideale è oggi soltanto l'ospedale, con ciò che ne deriva rispetto all'approccio alla cura e alla prefigurazione delle carriere.

Al fine di rafforzare la figura del medico di medicina generale, vanno poi ripensati l'assetto istituzionale e i contenuti del corso di formazione specifica post-laurea, allineandoli alle esigenze dell'assistenza primaria: che si tratti di trasformarlo in un corso universitario o di lasciarlo alla prevalente responsabilità di regioni e ordini professionali, l'inadeguatezza dell'attuale percorso formativo è sotto gli occhi di tutti (e finalmente di ciò sono consapevoli anche le più giovani generazioni di medici di medicina generale). Per quanto attiene poi alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, la cui centralità nel nuovo assetto dell'assistenza sanitaria territoriale è di tutta evidenza, già oggi le aziende sanitarie sono poste di fronte al problema di come soddisfare l'elevato fabbisogno di tali profili in presenza di numeri ancora ridotti di professionisti dotati di tale specializzazione. Al riguardo, se è certamente importante programmare percorsi formativi multipli, tali da non rivolgersi soltanto agli infermieri neolaureati, ma in grado anche di riorientare le competenze di una parte del personale infermieristico già attivo, occorre avere ben chiaro che il raggiungimento di tale obiettivo passa attraverso una reale presa d'atto (da parte dei decisori politico-amministrativi, delle altre professionalità del campo sanitario e della pubblica opinione) circa tale centralità, cui si accompagni la rinnovata valorizzazione economico-giuridica del personale infermieristico in generale.

Non va poi dimenticata la necessità di progettare e avviare momenti formativi riferiti alle figure professionali di servizio alla persona (assistenti sociali, fisioterapisti, educatori professionali, e così via), per quanto attiene sia ai percorsi di base, sia alle specializzazio-

ni, così da consentire l'avvio di percorsi interdisciplinari che coinvolgano in medesimi *setting* formativi più figure professionali, non soltanto sanitarie bensì anche dell'ambito sociale ed educativo, e che rappresentino occasioni non di mero aggiornamento formale e *top-down* su processi eterodiretti, ma siano luoghi per la costruzione condivisa di migliori modelli organizzativi e diano l'opportunità di rinnovare, mediante il lavoro in *équipe*, le competenze individuali dei singoli professionisti.

Infine, se è vero che il distretto sociosanitario è il luogo dell'integrazione dei servizi, occorre valorizzare l'occasione offerta dal Pnrr e relativa alla formazione dei direttori di distretto, momento cruciale di un investimento in tale settore che ha avuto soltanto pochissimi esempi nell'organizzazione regionale.

3. Servizi distrettuali e ospedalieri fanno parte di una medesima rete locale e regionale: la riorganizzazione della sottorete territoriale non può essere indipendente da una revisione della sottorete ospedaliera.

La consapevolezza che quella sanitaria è una rete unitaria, al cui interno sono presenti più sottoreti integrate tra loro (quella territoriale e quella ospedaliera, anzitutto, ma anche altre, quali ad esempio le sottoreti di disciplina), è certamente presente nella discussione specializzata, ma non sempre emerge in termini adeguati nel dibattito che sta accompagnando l'attuazione della Missione n. 6.

Ecco perché è dunque importante sottolineare, sul piano della programmazione, l'integrazione e la simmetria tra le sottoreti ospedaliera e territoriale che già emergeva dal d.m. 70/2015, attraverso una lettura unitaria, tanto a livello regionale quanto a quello aziendale, della rete sanitaria alla luce sia del d.m. 70/2015, sia del d.m. 77/2022, così da permettere un'applicazione coerente e coordinata degli standard da essi indicati. Tale operazione avrebbe il pregio di affrontare il tema dell'adeguatezza di tali standard e della loro progressiva evoluzione, evitando posizioni pregiudizialmente favorevoli o contrarie alla loro revisione. Sul piano operativo, l'introduzione delle centrali operative territoriali impone di raccordare le due sottoreti nella gestione dei percorsi di presa in carico e di assistenza, specie al momento della transizione tra i diversi *setting* di cura, e offre in tal senso una risorsa chiave per una migliore interazione di ospedale e territorio.

Questa impostazione richiede necessariamente un efficace transito delle informazioni sanitarie tra le due sottoreti e tra i settori sanitario e sociale, prioritariamente a livello infra- e inter-aziendale, ma in prospettiva anche interregionale. Il che rende ineludibile affrontare risolutivamente i problemi connessi alla gestione dei dati nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza, se necessario anche rivedendo i punti di bilanciamento fissati nell'ordinamento tra protezione della privacy e protezione della salute individuale e collettiva.

4. È strategico dare rilievo alle “micro-reti” professionali attive a livello locale per la gestione di percorsi assistenziali complessi.

L'esperienza concreta ci mostra l'esistenza di “micro-reti” professionali attive a livello locale, strutturate intorno a PDTA formalmente definiti o in base a percorsi-pilota variabili in base

alle peculiarità dei singoli contesti: esse rappresentano una risorsa ancora poco visibile nei processi di riorganizzazione in corso. Soprattutto dove l'organizzazione dei servizi territoriali è più fragile, tali "micro-reti" – favorite dalla digitalizzazione in corso – possono offrire le fondamenta dalle quali partire. Ambiti clinico-assistenziali come la gestione delle patologie croniche prevalenti nella popolazione, la cura dei malati oncologici, l'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti paiono terreno d'elezione per questa operazione. Naturalmente, non va dimenticato che la persona non si identifica e non deve mai essere identificata con la patologia di cui è portatrice, e pertanto ogni singolo PDTA deve tenere conto in misura adeguata del contesto di vita della persona, favorendo così l'interazione sostanziale tra il "servizio", inteso in senso integrato, e il "bisogno", contestualizzato e mai omologato.

5. La programmazione della spesa corrente generata dalla riorganizzazione territoriale rappresenta una sfida da affrontare in ottica progressiva e graduale, ma senza rinvii o rimozioni.

L'adeguatezza delle previsioni pluriennali di finanziamento del Ssn, anche alla luce degli incrementi di spesa corrente necessari all'implementazione della nuova sanità territoriale, è oggetto di discussione. A questo proposito, sarebbe imprudente non considerare i rilievi e le sollecitazioni formulati da un osservatore indipendente e qualificato com'è l'Ufficio parlamentare di bilancio, il quale ha dedicato alla sanità territoriale due "focus tematici" nell'agosto 2022 e nel marzo 2023. In particolare, nel secondo di tali documenti, l'Upb manifesta alcuni dubbi "sulla valutazione delle risorse correnti necessarie a rendere operative le nuove strutture di assistenza sanitaria territoriale", ma ancor più avverte circa la necessità di programmare per tempo il finanziamento di alcuni servizi e strutture successivamente all'esaurimento dei fondi del Pnrr, stimato ad esempio in circa un miliardo di euro per dare continuità ai medesimi volumi di prestazioni rese in assistenza domiciliare e in 239 milioni per il personale degli Ospedali di comunità. Considerato che "la programmazione finanziaria per il triennio iniziato nel 2023 implica un ridimensionamento della quota del prodotto allocata alla sanità pubblica, che renderebbe difficile potenziarne i servizi, anche in presenza di una riorganizzazione degli stessi", è plausibile che emerga "l'esigenza di destinare ulteriori finanziamenti all'assistenza sanitaria territoriale". Pertanto, quello della sostenibilità della riforma dell'assistenza territoriale è un tema che non può essere rinviato o rimosso, e che va affrontato, certo con gradualità, ma anche con determinazione. Va da sé che quei finanziamenti aggiuntivi vanno, come sempre dovrebbe essere, attentamente coordinati e monitorati.

6. Non è possibile eludere il tema dei rapporti tra settore pubblico e operatori privati nell'assetto della nuova sanità territoriale.

Proprio le incognite sul finanziamento della nuova sanità territoriale sono tra i fattori che inducono a definire, con chiarezza e per tempo, il ruolo del settore privato, con e senza scopo lucrativo.

Alcuni passi in questa direzione sono stati compiuti mediante la determinazione dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento per le cure domiciliari, colmando in tal senso

una lacuna che si traduceva sia in una eccessiva disparità tra regolamentazioni regionali sia in una problematica asimmetria con l'ambito delle prestazioni ospedaliere. Tuttavia, la crescita del settore privato imprenditoriale nel campo della diagnostica e della specialistica ambulatoriale già oggi impone di considerare i suoi operatori come soggetti del sistema delle cure territoriali e, come tali, attori responsabili di un appropriato funzionamento del Ssn in quest'ambito, con conseguente individuazione di opportunità ed obblighi, secondo i principi della funzione integrativa e della presenza programmata del settore privato alla base del Ssn medesimo.

Un chiarimento necessario riguarda la gestione delle Case della comunità, il cui carattere pubblico è affermato nell'allegato "descrittivo" del d.m. 77/2022, ma non figura in quello "prescrittivo". Il superamento di questa ambiguità, nel senso dell'affermazione della gestione pubblica di tali strutture sembra connaturato alle fondamentali funzioni che i servizi e i professionisti attivi in esse svolgono per l'intero sistema, quale porta di accesso al Ssn e quale sede operativa o di riferimento per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, ai quali è attribuita la delicata funzione di prescrizione dei trattamenti e di *case-manager* dei percorsi di cura dei pazienti.

Infine, va sciolto il nodo delle residenze sanitarie assistenziali: quale modello o quali modelli di Rsa privilegiare? La domanda non può trovare risposte "tecniche" senza una corrispondente e parallela scelta politica.

7. Il successo della riforma dipende in misura importante dall'effettiva integrazione della medicina generale nell'organizzazione distrettuale.

Il "modello" della nuova sanità territoriale emergente dalla Missione n. 6 del Pnrr e dal d.m. 77/2022 conferma la centralità del medico di medicina generale per l'assistenza primaria, nella quale va inclusa la continuità assistenziale, specialmente nell'ambito delle Case della comunità. Col che, invero, ne accresce la rilevanza sistemica, poiché le Case della comunità costituiscono un nodo fondamentale della nuova rete dell'assistenza distrettuale. Al di là degli standard di servizio previsti negli allegati del d.m. 77/2022, i quali definiscono la necessaria presenza e l'estensione temporale della medesima all'interno delle Case della comunità, le forme organizzative di tale presenza non vengono determinate sotto numerosi profili (interazione tra m.m.g. a ciclo di scelta e ad attività oraria; ruoli di responsabilità all'interno della struttura; rapporti di coordinamento con personale dipendente; modalità di lavoro nelle Case della comunità *hub* e *spoke*; rapporto tra studi professionali privati e rete delle Case della comunità, ecc.). L'esame degli atti programmatori regionali di attuazione degli standard nazionali pone di fronte ad analoghi livelli di indeterminatezza. A sua volta l'Accordo collettivo nazionale dell'aprile 2022, pur compiendo alcuni progressi lungamente attesi (come l'attivazione del ruolo unico o l'assorbimento delle vecchie forme associative nelle Aft e Uccp introdotte oltre un decennio fa), ha deliberatamente ignorato il contesto di riordino nel quale è stato adottato. A ciò va aggiunto che le linee di indirizzo per il nuovo Acn non fanno intravedere soluzioni chiare, mentre i tavoli regionali per la conclusione degli accordi integrativi vivono l'incertezza del dover dare attuazione ad un

Acn “nato vecchio” in un contesto organizzativo nel quale proprio a tali atti sarebbe richiesto di allineare le convenzioni al nuovo assetto della sanità territoriale.

A nessuno sfugge che questa *impasse* rappresenti una delle principali incognite della riforma, aprendo scenari opposti a quelli dell'integrazione della medicina generale nell'organizzazione distrettuale.

Sarebbe allora da rimeditare il proposito di rispettare la scansione formalmente triennale degli Acn, tale per cui il miglior risultato possibile (e tutt'altro che sicuro) sarebbe arrivare all'approvazione dell'Accordo per il triennio 2019-2021 non prima della fine del 2023. Senza la volontà di una cesura e di uno scatto in avanti, difficilmente questo assetto dei rapporti con la medicina convenzionata potrà reggere a lungo, lasciando i singoli professionisti esposti alle inevitabili soluzioni emergenziali che si renderanno necessarie, regione per regione, con l'ulteriore rischio di una progressiva marginalizzazione che potrebbe formalmente preservare lo *status* libero-professionale di tale figura, svuotandone tuttavia il ruolo.

In questo quadro, in attesa di un cambio di passo a livello nazionale, proprio lo spirito di iniziativa e il grado di autonomia dei tavoli regionali di rinnovo degli accordi integrativi regionali potrebbe fare la differenza, declinando le regole dell'Acn in modo funzionale alla riorganizzazione della sanità territoriale, a patto che la parte pubblica sappia chiarire quali siano la posizione e le modalità di cooperazione dei m.m.g. che essa ritiene ottimali all'interno delle Case della comunità della regione.

8. L'integrazione nella rete territoriale della “farmacia dei servizi” rappresenta un'opportunità per garantire la prossimità dei servizi, a patto che avvenga in un quadro programmato e regolato.

Le farmacie possono essere a buon titolo considerate, insieme agli studi dei medici di medicina generale, i presidi sanitari caratterizzati dalla più capillare diffusione sul territorio e, per questa ragione, l'ordinamento ha da tempo previsto la possibilità di insediare servizi integrativi o di supporto all'assistenza sanitaria ulteriori rispetto a quello principale di dispensazione del farmaco, secondo il modello c.d. della “farmacia dei servizi”. La piena attuazione di tale modello rappresenta certamente un'opportunità per garantire, in generale, una maggiore prossimità dei servizi al bisogno (anche per un migliore impiego della telemedicina), ma è soprattutto nelle aree territoriali meno presidiate, nelle quali è più difficile raggiungere la popolazione, che le farmacie rurali possono svolgere un ruolo essenziale all'interno della rete distrettuale. Tanto nella generalità dei casi quanto con riferimento alle farmacie rurali, è tuttavia necessario che la funzione integrativa della “farmacia dei servizi” sia oggetto di una adeguata pianificazione: in generale, ciò è necessario al fine di prevenire improprie dinamiche di competizione tra farmacie dei servizi e altri presidi territoriali (ad iniziare dalle Case della comunità); nel caso poi dell'individuazione di determinate farmacie rurali quali punto di riferimento nelle aree a popolazione dispersa, l'inclusione di tali strutture nella programmazione aziendale è necessaria allo scopo di disegnare opportuni percorsi assistenziali in grado di raccordare i servizi resi in tali farmacie con gli altri presidi della rete. Infine, una farmacia dei servizi davvero integrata con il Servizio

sanitario nazionale non può, senza contraddirsi, non porsi il problema dell'appropriatezza dell'inadente offerta di parafarmaci e di prodotti che non soddisfano ai requisiti di una medicina basata sulle prove. In una parola, una farmacia dei servizi, se non vuole essere soltanto una formula di facciata, deve fornire anzitutto promozione e prevenzione della salute, secondo i relativi piani distrettuali.

L'accenno alle aree meno presidiate, e in generale alle aree interne, consente di precisare che il modello complessivo di nuova assistenza territoriale in sanità va calibrato con attenzione in relazione a queste aree, integrando attentamente gli interventi "sanitari" con le altre politiche di sostegno.

9. L'attuazione della Missione n. 6 sta smarrendo l'obiettivo di rafforzare la prevenzione primaria e la promozione della salute, rischiando di sbilanciare ancor più il sistema verso l'assistenza.

Come noto, l'obiettivo di rafforzare la prevenzione è esplicitamente considerato nella Missione n. 6 del Pnrr con riferimento alla disciplina di un "nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One-Health" ed è stato perseguito mediante la creazione del "Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici". In questa prospettiva, il d.m. 77/2022 dedica attenzione a tale prospettiva.

Altra cosa è però il rafforzamento della prevenzione primaria e della promozione della salute, che non sembra oggetto di una specifica attenzione in questa delicata fase di riorganizzazione dei servizi territoriali, al cui interno i Dipartimenti di prevenzione svolgono un ruolo imprescindibile. L'assenza di questo tema dall'agenda di politica sanitaria rischia di polarizzare risorse ed energie verso il solo versante dell'assistenza, trascurando, al di là di qualche richiamo di maniera, le attività che presso le Case della comunità e da parte dei professionisti del territorio è necessario si svolgano sul versante della prevenzione degli stili di vita scorretti. Il "servizio che va verso il bisogno" è anzitutto un servizio che cerca di aiutare a ridurre le concause che creano il bisogno e, per questa via, aiuta la tanto invocata (ma spesso a sproposito, o per raggiungere esiti destrutturanti) sostenibilità del Ssn.

10. L'implementazione degli standard della nuova sanità territoriale richiede un maggiore coordinamento tra Stato e regioni, nella direzione opposta rispetto alla concessione di ulteriori spazi di differenziazione tra regioni.

La differenziazione tra situazioni regionali è elevata, secondo tutti i principali indicatori e ambiti della assistenza territoriale. Anche sotto questo profilo, non sembra pertanto utile la previsione di una ulteriore differenziazione, quanto piuttosto un raccordo più forte tra livello centrale e livelli regionali capace di assicurare un più chiaro governo della nuova sanità territoriale. In altre parole, gli standard vanno presi sul serio; certo, essi si possono periodicamente ridiscutere e, se necessario, se ne può rendere graduale l'attuazione, ma senza eluderne l'osservanza. A tal proposito, il monitoraggio dell'attuazione della Missione n. 6 dovrebbe riguardare non soltanto i target e le milestones rilevanti per il rispetto degli impegni assunti in sede europea e funzionali all'erogazione dei relativi fondi, bensì

dovrebbe contemplare anche una serie di indicatori di processo e di risultato tali da poter restituire una visione dinamica e realistica degli esiti del disegno della nuova sanità territoriale, complessivamente e nelle sue diverse articolazioni. Insomma, un Programma nazionale esiti anche per l'assistenza territoriale: sogno o percorso possibile?

Testo a cura di Renato Balduzzi e Davide Servetti