

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

Assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale secondo il PNRR. Modelli e standard

*Commento a cura di Giancarlo Biasini
Pediatria, Cesena*

In un precedente articolo [1] è stata esaminata la parte della missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che riguarda l'assistenza sanitaria territoriale definito nel testo ufficiale: M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE. Più recentemente l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha pubblicato un documento su **"Modelli e standard dell'assistenza territoriale"**. Rispetto al documento precedente ci sono conferme, modifiche e aggiunte. Si è ritenuto ragionevole un ovviamente immutato stanziamento definito dal PNRR che assegna alla medicina territoriale 7 miliardi [1].

DISTRETTO SOCIO SANITARIO. In questa versione è più chiaro che il Distretto Socio Sanitario è la prima e prevalente articolazione della ASL [2] come organo di governo e di direzione. A giustificare il termine "socio" dovrebbero intervenire per soddisfare i bisogni di salute, anche i comuni e il "sociale istituzionale" in un onnicomprensivo "Progetto salute" di cui non è la prima volta che si parla, ma che attende ancora oggi di essere definito. Il responsabile della programmazione, e della successiva attività del Distretto Socio Sanitario, è il direttore che deve essere nominato dalla Unità Sanitaria Locale in base all'accertamento di competenze manageriali e professionali ed esperienza di gestione.

CASE DELLA COMUNITÀ. Rimangono fissate in 1.288 e sono collocate fra le attività istituzionali del distretto. Hanno diversi livelli di competenze. Le case Hub gestiscono territori di almeno 100.000 abitanti e funzionano per 24 ore. Le case Spoke gestiscono territori di 30-35.000 abitanti e funzionano per 12 ore. All'interno di ambedue si collocano i MMG e i PLS (in maniera ancora non chiara relativamente ai contratti dei singoli e con quale grado di autonomia professionale), i medici specialisti ambulatoriali, i logopedisti, i fisioterapisti, i dietisti, gli assistenti sociali. Le dotazioni di personale paramedico sono più chiare: 1 infermiere ogni 2.000-2.500 abitanti; 1 unità di continuità assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti, 1 équipe mobile speciale (1 medico e 1 infermiere) per la continuità assistenziale e per la gestione di condizioni cliniche di particolare complessità. A queste équipe si aggrega (o si aggiunge?) l'unità USCA per l'emergenza sanitaria Covid. Nulla sembra cambiato per i pediatri nelle AFT (Aggregazione funzionale territoriale mono professionale) e per le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). I Consultori Familiari sono collocati solo nelle case Hub. Quindi ci sarà 1 Consultorio Familiare per 100.000 abitanti. Non c'è alcuna motivazione di questa scelta specie se si tiene conto che gli "antichi" consultori, oramai fatti scomparire, servi-

vano in media una popolazione fra i 25.000 e 50.000 abitanti. La nuova scelta non sembra obbedire al concetto di "prossimità" più volte richiamato e addirittura presente nel titolo del M6C1. Dal punto di vista organizzativo è detto che il Consultorio Familiare deve operare "all'interno della Rete Materno Infantile a componente territoriale e ospedaliera". La componente "materna" e "infantile" e la sede "territoriale e ospedaliera" potrebbero alludere a una sorta di Dipartimento Materno Infantile? Non vengono date indicazioni sulla dotazione quantitativa di personale specificamente preparato sui temi classici del Consultorio Familiare mentre si straborda sul qualitativo quando si scrive di ciò che possono esserci: "psicologo, assistente sociale, ostetrica e altro personale sanitario (?), educatore professionale, personale amministrativo e altre figure quali ad esempio mediatore linguistico culturale, mediatore familiare, assistente sanitario, avvocato". Possono nascere quindi molti dubbi sulla effettiva funzionalità di questo nuovo genere di organizzazione.

OSPEDALI DI COMUNITÀ. Rimangono fissati in 381 e sono collocati fra le attività istituzionali del distretto. Sono destinati a pazienti cui servono interventi a media/bassa intensità a gestione prevalentemente infermieristica. La dotazione di posti letto (PL) rispetto alla popolazione è di 20 PL ogni 50.000 abitanti (0.4 PL per 1000 abitanti). Standard minimo di personale per i 20 PL previsti: 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari con garanzia di assistenza infermieristica per almeno 24 ore. Presenza di 1 medico per almeno 4 ore/die; durata massima della degenza per paziente di 20-30 giorni. Possono essere collocati in sedi poli-funzionali presso ospedali o strutture sociosanitarie riconvertiti. Importante è la precisazione, che mancava nel documento iniziale, che queste sedi possono essere gestite da pubblico o privato. In sostanza l'Ospedale di Comunità può essere collocato anche in una struttura privata come l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) aveva chiesto. Questa probabilità sembra elevata se si tiene conto della riduzione per chiusura degli ospedali pubblici di ex 3° categoria ed ex infermerie, avvenuta negli ultimi 10 anni e valutabile a circa 200 istituti. In prossimità di ospedali pediatrici si possono prevedere Ospedali di comunità dedicati a pazienti sotto i 14 anni con responsabilità clinica di un pediatra e la presenza di personale specificamente formato. È evidente la possibilità dei grandi ospedali/cliniche universitarie di utilizzare questa opportunità.

ASSISTENZA DOMICILIARE. È un servizio collocato fra le attività istituzionali del distretto per la erogazione a domicilio di interventi di intensità e complessità variabile nell'ambito dei percorsi di cura classificati attraverso il coefficiente di intensità assi-

stenziale (CIA). Il CIA è la sola indicazione numerica utilizzata. Indica il rapporto fra numero di giornate in cui viene eseguito un accesso e il numero totale di giornate di presa in carico. Varia da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana). Deve coprire almeno il 10% della popolazione over 65. La responsabilità del servizio è affidata a un dirigente nominato dall'ASL. Devono essere previste le figure professionali di medico, infermiere, riabilitatore e altri operatori socio-sanitari.

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT). Da non confondere con la Centrale che offre il servizio telefonico H24 per le prestazioni sanitarie. È una effettiva novità e dovrebbe essere il pilastro organizzativo della rete territoriale. Lo standard è 1 COT/100.000 abitanti, cioè una per ogni distretto. È gestita da 1 coordinatore e 5 infermieri di famiglia e di comunità indicati con la nuova sigla IFeC [4]. Ha la funzione di coordinare i vari servizi e i professionisti per la presa in carico di ogni persona che deve essere accolta nei diversi setting assistenziali territoriali, ospedalieri, domiciliari etc. L'attivazione può essere richiesta da ogni attore del sistema distrettuale. Il coordinatore della COT afferisce direttamente al direttore di distretto. La sfida maggiore della COT è coniugare il sanitario con il sociale e in particolare raggiungere i gruppi svantaggiati ovunque essi siano nelle grandi città o nei territori più lontani dal centro del sistema. Sembra la responsabile della "prossimità" del sistema e deve essere pienamente operativa entro il marzo 2022. I finanziamenti sulla carta sono 0.48 miliardi entro il 2026.

SERVIZIO PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E (infine!) LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE. Non è collocato fra le attività istituzionali del distretto ma è un servizio pluridistrettuale a livello di ASL. È definito come "una delle aree più complesse anche per la stretta relazione con i servizi sociali". In sostanza ripete l'attuale Dipartimento della Salute Mentale e comprende anche la neuropsichiatria infantile. Conseguentemente chi si occupa della salute mentale dei bambini, cioè i NPI, continuano a essere collocati nei Dipartimenti a direzione psichiatrica e i bambini a essere trattati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. A questo servizio sono ricondotti, con un salto logico relativamente alla storia dei Consultori Familiari, anche gli psicologi dei consultori.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E SALUTE PUBBLICA. Ripete quello attuale per le attività di promozione e prevenzione della salute con uno standard massimo di popolazione di 1/500.000 abitanti. Mantiene le tradizionali competenze dei Servizi di Igiene Pubblica.

TELEMEDICINA. Le attività di telemedicina sono gestite direttamente dalla COT sono quindi collocate a livello distrettuale. La telemedicina, presentata addirittura fra i titoli del M6C1, è definita come una modalità di erogare assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative in situazioni in cui professionista e paziente non si trovano in presenza. Il termine è dettagliato in televisita, teleconsulto, teleconsulenza, telerefertazione, teleriabilitazione. Un sanitario della COT è nominato responsabile della organizzazione e della formazione del personale e della Cyber security. Resta l'incognita dell'equità nella gestione della telemedicina. Difficile tele-raggiungere quella parte della popolazione non prossima per la posizione geografica, per la posizione socia-

le, per il reddito: è già successo per la didattica a distanza.

Commento

Come si è detto i finanziamenti europei per l'assistenza territoriale ammontano a 7 miliardi [1] anche se rimane difficile rendersi conto della loro ragionevolezza: 2 miliardi per le case della comunità, 1 miliardo per gli ospedali di comunità, 4 miliardi per domiciliarità e telemedicina. La novità è che, per la prima volta, viene introdotto insieme al vetusto termine "territorio" quello di "comunità". La comunità non è un "luogo" come lo è il "territorio", ma un insieme di persone che il PNRR/salute vuole unire con vincoli organizzativi, ma che già sono uniti da rapporti sociali, linguistici, morali, da interessi e consuetudini comuni fra cui la famiglia allargata, le amicizie, la scuola, il lavoro, i piani vaccinali e- oggi ce ne accorgiamo- lo sport. Tutto ciò realizza la personalità umana ed è sempre stato alla base della cultura dell'ACP [3]. Si è sempre detto che è nella "comunità" che si deve integrare il ciclo fiduciario di assistenza che lega, cioè rende più "prossimo", il cittadino al sistema sanitario e come persone ai medici che vi operano. Come ciò debba avvenire nel nuovo sistema si intravede appena anche per la numerosità degli attori che sono chiamati a intervenire e per i rapporti fiduciari tuttora non chiariti che dovrebbero legare il cittadino al nuovo servizio nella "comunità". Vale la pena di ricordare che c'è nei cittadini una antica sfiducia nelle capacità attuative delle novità nei servizi sanitari del nostro paese. Gran parte di questa sfiducia è sempre stata attribuita alla incapacità attuativa dei livelli più bassi del sistema quando si è trattato di realizzare ospedali, laboratori, presidi sanitari, Rsa, poliambulatori, pronto soccorso finanziati e raramente portati a termine. Non è detto che questo accada anche domani, ma il pensiero che possa accadere deve vivere anche in chi sta più in alto nella scala delle responsabilità. Oggi, per fortuna, l'utilizzo del PNRR e il controllo della Unione Europea coincide con una spontanea ripresa della nostra economia. Ciò rende meno probabile il risultato negativo rispetto al passato. Del resto fu all'interno di una fortunata stagione economica che, negli anni '70, nacque un Sistema Sanitario Nazionale che ricordiamo pieno di speranze. Speriamo ci porti fortuna.

1. Biasini G. Effetti del PNRR sulla assistenza territoriale. Pagine elettroniche di Qacp 2021; 28(3):d.3.
2. Il termine unico ASL è usato in senso generico. Per indicare la stessa organizzazione la follia della sanità regionale ha usato almeno i seguenti termini: ASDAA, ASP, AUSL, ASU, AS, ATS, ASUR, ASR, ATS, APSS, AULSS. Evidenza palpabile di uno dei guasti prodotti dalla frammentazione regionale in 21 servizi sanitari.
3. Biasini G. Il PNRR e i bambini. Case della salute/Comunità. Dai primordi ad oggi. Ricerca e pratica 2021;37:133-135.
4. Dal settembre 2021 sono aperte presso le università le iscrizioni a IFeC (Infermiere di famiglia e di comunità). Master di 1° livello in "Infermieristica di famiglia e di comunità e assistenza integrata per la salute collettiva".

Questo testo è stato terminato in data 3 agosto 2021