

ANNUARIO DI CHIRURGIA

Archivio e Atti

del



Collegio Italiano dei Chirurghi

GIUGNO-AGOSTO 2023

Archivio e Atti del Collegio Italiano dei Chirurghi

Giugno- Agosto 2023

Presentazione	pag.41
D. Foschi. La crisi della medicina territoriale	pag.42
G. Tempesta. Una testimonianza del malato	pag.47
V. Rotiroti. La medicina territoriale: una testimonianza del Medico di Medicina Generale	pag.49
C. Nicora. La crisi della Medicina Territoriale e i suoi effetti sull'Ospedale "La necessità d'interconnessione fra strutture e professionisti"	pag.53
F. De Iaco. Il problema del Pronto Soccorso non è il Pronto Soccorso	pag.56
M.Brausi. Case di Comunità: possono aiutare l'Ospedale in campo urologico?	pag.60
M.Misiti. Breve storia della programmazione sanitaria fra territorio e Ospedale. Il ruolo dell'ortopedia.	pag.62
M.Piemonte. I problemi di otorinolaringoiatria in Pronto Soccorso	pag.69
D.Foschi. DM 77. La riforma delle cure primarie e dell'assistenza Territoriale	pag.77

Presentazione

Perché dedicare un numero del nostro Annuario di Chirurgia alla crisi della medicina territoriale e ai cambiamenti che vengono suggeriti nel DM 77, quando la Chirurgia è solo marginalmente coinvolta nell'ambito delle cure primarie? La risposta è molto semplice: il sistema sanitario è fortemente interconnesso e anche se il mondo ospedaliero e quello della medicina territoriale ben raramente fanno fronte comune, ogni diminuzione della risposta dell'uno inevitabilmente ha effetti negativi sull'altro. La caduta prestazionale della medicina territoriale potrebbe accentuare in modo estremo l'inadeguatezza della risposta ospedaliera. Abbiamo raccolto perciò in una serie di articoli le testimonianze degli attori principali, a cominciare dai malati che non sono certo soddisfatti di come stanno andando le cose, per passare poi ai medici di medicina generale che sembrano soffrire anch'essi di una crisi vocazionale e agli specialisti che sono in forte sofferenza. Alcuni aspetti organizzativi e pratici fanno pensare che il sistema di governo della sanità li consideri con sufficienza, come se avessero cessato di avere un'utilità pratica e fossero destinati a scomparire. Allo stato attuale sul territorio non manca la capacità di valutazione clinica dei MMG ma quella strumentale, indispensabile per inquadrare i problemi nel contesto dei moderni protocolli di trattamento disegnati e formalizzati nei PDTA. Il risultato è la paralisi del sistema, la creazione di lunghe liste d'attesa, la competizione per il diritto di cura. La crisi raggiunge i Pronto Soccorso che si trovano ad affrontare la pressante richiesta di coloro che non avendo avuto risposta cercano di entrare dalla finestra dove non sono riusciti a farlo dalla porta; il grosso rischio è che il PS risulti allora insufficiente alla sua funzione perché utilizzato impropriamente. In questo scenario ha fatto la sua comparsa il PNRR con la promessa di molti miliardi per una riforma della medicina territoriale, che ha una componente architettonica e una componente digitale. Ne è nato il DM77, che ci presenta una medicina territoriale "tedesca" con equipe multidisciplinari centrate sulle Case di Comunità e una complessa articolazione delle centrali operative di diverso livello basata essenzialmente sulla possibilità d'interconnessione digitale. Questa costruzione molto articolata, che dovrebbe partire dal domicilio del malato e attraverso un percorso razionale e completo ritornare lì al termine del processo di cura, non esiste ancora ma soprattutto non esistono le strutture, le professionalità e le competenze per realizzare questo disegno. La creazione di una nuova rete della medicina territoriale sarà quanto mai complessa e difficile e potrà andare a compimento solamente se verrà opportunamente finanziata, non spot (come accadrà utilizzando i fondi del PNRR) ma per tutto il tempo e nella quantità che sarà necessaria.

LA CRISI DELLA MEDICINA TERRITORIALE

Diego Foschi

Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

L'esame dello stato della medicina territoriale, cui questo numero del nostro Annuario è dedicato, è per molti versi sconcertante: la crisi parte dall'assistenza al domicilio del malato e attraverso un percorso che interessa gli studi dei Medici di Medicina Generale, gli Ambulatori Polispecialistici, le diverse strutture dedicate alla diagnostica e i Pronto Soccorso raggiunge gli ospedali. Certamente abbiamo a disposizione meno strutture, meno mezzi, meno personale ma la crisi nella sua essenza è legata all'incapacità di dare una risposta sanitaria in linea con le attese di profilo molto elevato che oggi la popolazione ha nei confronti della cura delle malattie. Un tempo, la malattia era come un cataclisma, un evento acuto drammatico e impattante rispetto al quale era lecito chiedere un aiuto, essenzialmente solidaristico, non certo pretendere la restituzione della salute in modo completo e immediato.... e totalmente passivo, senza nessun costo e nessuna fatica. La fiducia che la tecnologia possa sostituire la competenza e la professionalità crea un atteggiamento critico nei confronti del sistema in grado di compromettere ogni giudizio di efficienza. A parte questa premessa che pesa come un macigno nel determinare le difficoltà di rapporto fra utente e sistema, dobbiamo ammettere che gli ultimi venti anni di programmazione sanitaria sono stati altrettanto determinanti nel causare la situazione, francamente drammatica, che oggi viviamo. Prescindendo dal fatto che la valutazione di risultato dell'efficienza sanitaria ancora oggi, nei rapporti delle nostre autorità, è povera di elementi concreti e che il riferimento prevalente è alla "mortalità", non possiamo negare che negli ultimi anni anche a causa della crisi COVID il giudizio è stato totalmente negativo e sulla base di un dato concreto e inoppugnabile. In realtà, malgrado tutti i progressi tecnologici che vengono dall'estero e che è impossibile non recepire, il nostro sistema sanitario si è adagiato su un modello antico, in cui il budget è elemento di contesa competitiva con altri settori della spesa pubblica, le strutture pubbliche hanno un ruolo di compensazione sociale, chiudono i bilanci in rosso ma non possono fallire, non hanno comunque libertà di programmazione economica, di crescita organizzativa e tecnologica e non sono in grado di rispondere alle esigenze della popolazione. Le strutture private, nella medicina territoriale, hanno un ruolo marginale e il loro contributo è puramente esecutivo. Immaginare che, in queste condizioni, sia possibile un veloce recupero delle posizioni perse negli ultimi 15-20 anni è pura utopia, perché la perdita di efficienza e di competitività del SSN è in primo luogo determinata dall'arretratezza del sistema paese. Se l'Italia non cresce le risorse non aumentano e il sistema non può essere finanziato nella dimensione richiesta dalla modernità.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è finanziato in quota prevalente dalla fiscalità generale ma il 25% circa della spesa sanitaria è sostenuta dalle famiglie, direttamente o indirettamente attraverso il sistema assicurativo, e questo ridimensiona molto il presupposto-mal posto della sua universalità ed equità: chi paga da sé avrà un vantaggio, tanto maggiore quanto minore è l'efficienza del sistema. La spinta alla spesa privata non è dettata dalla suggestione del superfluo ma dalla necessità di conseguire il minimo. In questo contesto, è giusto porsi il problema della sostenibilità del sistema. È noto che in un paese in cui il finanziamento del sistema sanitario è a carico della fiscalità generale non vi è nessuna garanzia che a fronte dell'incremento del gettito vi sia un aumento del finanziamento ed anzi la sfilza di governi tecnici e no che si sono succeduti negli ultimi 15 anni hanno pensato bene di ridurlo, confidando nella tradizionale buona sorte del nostro paese. Il sistema di finanziamento "Bismarck" di contribuzione diretta, che obbliga tutti coloro che lavorano a versare in quota fissa e secondo le modalità che ritengono più opportune un contributo e garantisce i non abbienti attraverso un sussidio dello stato, toglie alla politica questo potere decisionale: ad ogni incremento del PIL corrisponde automaticamente un aumento di dotazione del fondo sanitario. È un dato di fatto che i sistemi sanitari più ricchi sono quelli in cui vige il sistema assicurativo-Bismarckiano.

Se si vuole un'universalità indistinta e si vuole abolire la contribuzione diretta dei privati, il fondo sanitario dovrebbe essere aumentato di circa un terzo. Se poi si volesse ridurre il livello di tassazione, come si sostiene, sarebbe evidentemente necessario cambiare il sistema di finanziamento andando verso un modello di tipo tedesco, con una forma assicurativa mista in cui lo stato garantisca le fasce più deboli; ma si tratta di un argomento squisitamente politico che prevede una presa di coscienza di cui al momento nel nostro paese non vi è traccia. L'altra faccia del problema è la commistione delle aree di espressione imprenditoriale da parte degli operatori pubblici e privati (convenzionati). In questo momento storico, gli operatori pubblici cercano disperatamente d'inserirsi nel "mercato privato" per salvare i loro bilanci, mentre gli operatori privati-"convenzionati" traggono dall'attività esercitata su incarico del servizio pubblico le risorse per il funzionamento generale delle strutture, per poi guadagnare sulla richiesta diretta dei privati. Fin qui nulla di scandaloso o di illegale, ma forse riconoscere l'esistenza di un "conflitto d'interessi" sarebbe quanto meno opportuno, per evitare il passaggio successivo che è davvero patologico. Di fatto, l'inefficienza verso l'utente finanziato dal SSN (che, per qualunque motivo si verifichi, si traduce in lunghe attese e bassa qualità della prestazione complessiva) favorisce la sua ricomparsa come utente privato e questo senza nessuna garanzia di rispetto delle priorità cliniche. Recentemente è apparso sui giornali un caso che ha dettato molto scalpore ma è emblematico di questo processo: al pronto Soccorso di una struttura privata convenzionata, si è creato un percorso privilegiato per cui si accede rapidamente a visite ed esami attraverso il pagamento di una cifra (150-500 euro) legata alla complessità delle prestazioni. Pur essendo un

percorso formalmente separato, nel momento in cui struttura e operatori sono comuni, esiste la concreta possibilità che chi ha disponibilità di denaro abbia un trattamento privilegiato e acceda alla prestazione prima o al posto di chi non ha questo privilegio. Il fatto che questa fantastica soluzione sia stata adottata da una struttura privata convenzionata non significa che altrettanto non possa essere fatto dagli operatori pubblici. La netta separazione dei due sistemi con cui si usufruisce dalla sanità dovrebbe essere un fine da perseguire molto rigorosamente.

Un altro tema che sta a monte dell'attuale crisi è la corretta allocazione delle risorse. Nel disporre le risorse sul campo non si può fare riferimento ad una formula demografica per cui personale, ospedali, ambulatori e studi sono banalmente distribuiti sul numero degli abitanti, eventualmente corretto in base alla classe di età. Il criterio demografico deve essere sostituito da quello epidemiologico: nella programmazione sanitaria non si può ignorare quanti siano i malati pensando che sia sufficiente sapere quanti sono gli abitanti. In questo modo si perde la corrispondenza con il mondo reale; l'assegnazione delle risorse segue il criterio storico e non quello delle necessità cliniche, con uno spreco incomprensibile delle risorse.

L'altro aspetto che non può essere ignorato è la responsabilità delle strutture che nel sistema pubblico è azzerato e nel sistema privato è eluso. Nessun operatore pubblico è mai fallito anche quando il passivo fosse stato tale da esigerlo. Sono stato testimone, anni fa, di un caso di finanza creativa. Nella mia area di residenza, era a tutti noto un ente di inefficienza consolidata, con un passivo che a norma di regolamenti e leggi ne esigeva il commissariamento, ma in virtù delle disposizioni del tanto decantato DM70 si rese possibile la riunione-amministrativa e contabile con altri enti che ridimensionò il disavanzo e rese possibile evitare lo scandalo. Ovviamente la complessità amministrativa aumentò, si realizzò un progressivo risparmio riducendo le dirigenze apicali, i quadri intermedi, l'approvvigionamento dei materiali, gli elementi di garanzia clinica, tagliando così i costi ma anche e in modo significativo il numero delle prestazioni. Nel privato convenzionato, l'equazione è molto semplice e praticamente infallibile: l'attività ordinaria contrattata con il SSN deve essere in grado di coprire i costi generali di struttura. La retribuzione del personale medico è mediamente pari al 10-12% del valore prodotto (cioè circa la metà di quanto è nel pubblico) e gli organici sono nettamente inferiori: realizzare un utile non è impossibile. A parte dovete considerare i proventi dell'attività privata, più facile da conseguire nel campo della diagnostica ove la richiesta è largamente esuberante l'offerta, e quelli derivanti dalla migrazione sanitaria "extrabudget", dai viaggi della speranza di chi nelle regioni meno attrezzate del paese non ha risposta alla sua domanda di salute e si sobbarca di una spesa personale per spostarsi dove può avere soddisfazione. È chiaro che in tal modo si crea uno squilibrio del sistema nazionale, perché in alcune regioni vi sarà una bassa occupazione dei presidi non perché le persone siano sane ma perché non si fanno ricoverare per sfiducia nelle strutture che a loro sono state dedicate.

Questa è la situazione generale che sta a monte dell'attuale crisi del settore delle cure primarie. Il dato di fondo è che la medicina territoriale è drammaticamente sottofinanziata, oltre che mal gestita. Prescindendo dall'imbutto delle ammissioni alla professione, che, a mio modo di vedere, ha una chiara matrice corporativa e rappresenta un fattore di scarso stimolo al miglioramento della performance dei professionisti, il problema principale è la bassa disponibilità di servizio rispetto alle esigenze della popolazione. Il numero di ore di attività previste per assistito è veramente basso : mediamente 15 ore per 1.500 potenziali assistiti alla settimana: se fossero tutti malati, ognuno riceverebbe 35 secondi di assistenza in una settimana! È chiaro che non tutti sono malati, ma ancora una volta prevale un criterio puramente demografico e non epidemiologico. La retribuzione poi è per quota capitaria ed è di 42 euro ad assistito, con una retribuzione lorda complessiva che si assesta intorno a 63.000 euro annui, ma sono da detrarre i costi di gestione che portano la retribuzione reale a valori complessivamente bassi. In altri sistemi, vige e mi pare corretto una retribuzione fissa ed una legata alla qualità e al numero delle prestazioni erogate. Un altro limite del sistema, credo, è quello della scelta a monte del sanitario con l'obbligo di una fidelizzazione preventiva-vincolante che toglie ogni possibilità di concorrenza fra i sanitari e rende il rapporto fra medico e assistito un privilegio: vi sono aree del paese in cui è aperta la caccia al medico e chi ce l'ha, per quanto scarso, se lo tiene stretto. Le prestazioni poi sono quelle della medicina di base, la diagnostica strumentale negli studi manca o è comunque fuori prontuario, la presa in carico del paziente non è autentica. La valutazione del medico ti consente di accedere al percorso, ma le tappe sono tutte da costruire, i tempi degli appuntamenti imprevedibili e non coordinati, le strutture che danno disponibilità sono spesso distanti e, dio non voglia, che qualcuno abbia bisogno di una prestazione ospedaliera non urgente per una patologia "banale": i tempi del ricovero non sono prevedibili, e sembra quasi che gli ospedali sperino che le persone trovino da sole un'altra soluzione. D'altra parte, morire di cancro è una maledizione, ma morire di ernia è (o dovrebbe essere) uno scandalo.

Di fronte alla carenza di risorse umane, di professionisti formati, come provvedere? La mia risposta, infantile, è spingendoli a lavorare di più! Soluzione impossibile per governanti che hanno inventato la clausola dell'attività privata esclusiva dei professionisti, che per questo hanno ricevuto e ricevono una gratifica... anche quando non svolgono l'attività privata. È sperabile che un governo autenticamente liberale rimuova questa clausola e spinga i professionisti a lavorare oltre i limiti di orario dei contratti, di quelli generali europei e di ogni altro vincolo di limitazione, sia che ciò avvenga per vocazione che per convenienza. Un tempo i medici ospedalieri esercitavano anche l'attività di studio di medicina generale e le cose non andavano peggio. Le case e gli Ospedali di Comunità, per i quali (forse) ci sono i fondi edilizi nel PNRR ma non quelli di funzionamento, rischiano (al di là della ristrutturazione delle strutture esistenti) di rimanere cattedrali nel deserto se non si dà il via a un riassetto

delle professioni e delle carriere. Le Case di Comunità non sono paragonabili agli studi medici, sono strutture polispecialistiche complesse dotate di professionisti, infermieri, personale tecnico amministrativo, persino psicologi, attrezzature diagnostiche complesse (ma chi sarà in grado di farle funzionare?) che richiedono competenze specialistiche di professionisti che al momento sono obbligati negli ospedali, impegnati in una turnistica dequalificante e poco remunerativa per il sistema. Per rendere operative le Case di Comunità ci vorranno anni, un radicale cambiamento dei vincoli contrattuali e dell'organizzazione del lavoro che difficilmente potrà essere realizzato nel breve periodo.

Questo è quello che abbiamo a disposizione, tutto il resto è solo sulla carta. Speriamo che si realizzi, ma non è detto che funzioni.

LA MEDICINA TERRITORIALE: UNA TESTIMONIANZA DEL MALATO

Giovanna Tempesta

Monza

Un lunedì come tanti, uscendo per recarmi al lavoro, un passo più frettoloso e... con un grande scivolone mi ritrovo sdraiata sul pavimento. D'istinto mi rialzo con affanno e dolori alla spalla destra ma... decido di ignorare illudendomi che non sia successo nulla. Esco di casa, la cartella sembra più pesante del solito, fatico a metterla in macchina. L'affanno continua, penso sia dovuto allo spavento. Arrivo a scuola, cerco di nascondere il respiro affannoso e a stento raggiungo l'aula, dove tento ancora di occultare il dolore che nel frattempo si è fatto più intenso e la respirazione più faticosa. Nel giro di poco capisco di non poter più fingere, soprattutto a me stessa. Chiamo mio marito e, dopo un viaggio che mi è parso infinito per la sofferenza dovuta a qualsiasi movimento, raggiungo il PS del San Gerardo di Monza, dove vengo accolta in accettazione. Rispondo alle domande di prassi raccontando i dettagli della mia caduta. L'operatrice, fra i denti, guardando la collega, si lascia scappare un "tanto ho capito!". Pur cogliendo l'allusione, il dolore ormai insopportabile mi impedisce di mandarla ...in un paese diverso! Dopo un'attesa relativamente breve, in codice verde vengo presa in carico. La lastra evidenzia "fratture lievemente scomposte a carico degli archi di riflessione di IV, V e VI costa.

Irregolarità dei profili corticali come per infrazioni a carico degli archi di riflessione di III e VII costa".

Il medico di turno mi prescrive riposo e terapia antidolorifica. Redige un certificato di malattia di sette giorni, precisando di rivolgermi poi al mio medico curante per il prolungamento della malattia, quindi vengo dimessa. Il giorno successivo, 23/5, invio via mail la certificazione del PS al mio medico di base, il quale mi risponde "Ne ho preso nota".

Purtroppo, i dolori persistono molto intensi, necessito di totale accudimento poiché impossibilitata a compiere qualsiasi movimento. Il venerdì 26/5 decido di inviare una nuova mail al mio medico curante, comunicandogli che lo avrei chiamato in orario di ambulatorio per concordare una eventuale nuova terapia antidolorifica ed accordarci in merito al rinnovo del certificato di malattia. Chiamo e la segretaria mi comunica che il medico è assente e, relativamente al certificato, mi suggerisce di recarmi in studio il lunedì visto che sono coperta da certificazione fino alla domenica. Faccio presente di non essere assolutamente nella condizione di muovermi, tantomeno di affrontare un viaggio in macchina a causa dei dolori lancinanti e che, comunque, il referto del PS è già in possesso del dottore.

La segretaria insiste dicendomi che comunque devo recarmi in studio. A questo punto chiedo che effettui lui una visita domiciliare ma mi viene risposto che in quel caso sarebbe una visita a titolo privato, quindi a pagamento.

Resto basita, le chiedo di far presente la situazione al medico e di riaggiornarci. Mi ricontatta dicendomi che il dottore è irremovibile in quanto, a suo dire, non rientro nella categoria "pazienti intrasportabili", pertanto la visita domiciliare, se richiesta, sarebbe stata a pagamento.

Il 27/5, via mail, mi viene inviata una nuova terapia antidolorifica. Il giorno 28/5, visto che dal 29/5 sarei stata scoperta dal certificato di malattia, invio nuova mail facendo nuovamente presente la mia impossibilità ad affrontare uno spostamento. Il dottore mi invia un prolungamento di malattia di quindici giorni, unitamente alla seguente risposta: "Le malattie si sono sempre fatte valutando il paziente e la sua situazione non implica un'intrasportabilità clinica del paziente, numerosi pazienti molto più anziani di lei si recano presso il mio studio con le sue stesse condizioni cliniche.

Se le regole dello studio non sono in linea con le vostre aspettative, vi consiglio caldamente di effettuare una nuova scelta di un medico curante."

Tralasciando la mia grande amarezza per non essermi sentita accudita da colui che è preposto a salvaguardare la mia salute e preso atto del fatto che il "medico" in questione non si è neppure accertato della mia situazione (faccio presente di avere 63 anni) e del perché fossi impossibilitata a raggiungere il suo ambulatorio, preciso di aver contattato il Tribunale dei Diritti del Malato e la ASL di competenza, esponendo la mia situazione. Entrambi hanno manifestato stupore, tuttavia riferivano che purtroppo si tratta di una pratica molto diffusa sul territorio. L'interlocutrice della ASL, molto contrariata per l'accaduto, mi ha detto che di solito lei tenta di sedare il disappunto dei pazienti che lamentano tali disservizi, tuttavia, nel mio caso riconosceva una ragione assoluta e di essere disposta a intervenire personalmente.

Pur capendo la grossa mole di lavoro alla quale sono sottoposti i medici di base a causa dell'elevato numero di pazienti loro affidati, ritengo che la discrezionalità relativa all'intrasportabilità del paziente vada regolamentata in maniera differente in quanto, nel mio caso, non sarei neppure riuscita a sedermi in macchina. Ritengo altresì vergognoso che un medico si limiti a prendere atto di una situazione senza accertarsi circa eventuali peggioramenti della situazione clinica. Naturalmente, pur avendolo scelto come medico curante da poco tempo, mi vedo costretta a sostituirlo poiché ritengo che la sua etica professionale lo porti a privilegiare la legge a discapito della cura del paziente. Già in passato mi aveva costretta a recarmi in ambulatorio piretica (39,5°) a seguito del vaccino anti covid effettuato il giorno prima, sempre per la certificazione di malattia.

Mi auguro in futuro di trovare un medico di famiglia di fiducia, più professionale, che mi faccia sentire protetta e non un fiscalista burocrate totalmente incapace di creare empatia con i suoi pazienti.

LA MEDICINA TERRITORIALE: UNA TESTIMONIANZA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Valeria Rotiroti

Mi sono laureata nel 2010 e ho conseguito il diploma di specializzazione in Chirurgia Generale nel 2017. Ho avuto durante gli anni del mio corso la fortuna di frequentare Centri di eccellenza e d'incontrare grandi professionisti, quelli che un po' retoricamente pensiamo siano i nostri maestri. Alla fine di questo periodo molto positivo, mi sono resa conto però che la medicina (o meglio la chirurgia) ospedaliera non consente d'instaurare un rapporto duraturo e profondo con i pazienti, che tutto si svolge in un tempo brevissimo, che in genere chi arriva in ospedale per necessità ha sempre un po' di paura e rimane lontano, il rapporto è superficiale, a volte ostile e in queste condizioni si vive una condizione di stress che non consente le soddisfazioni e la tranquillità che un lavoro così impegnativo e difficile dovrebbe garantire a tutti noi. In più, quando avevo svolto il tirocinio pratico pre-laurea avevo avuto la fortuna di frequentare uno studio di un medico "vecchio stile" che aveva un rapporto bello e di grande professionalità con i suoi pazienti, cosa che gli aveva valso una stima incondizionata e un sentimento di gratitudine che si respirava persino, nel suo studio. Perciò ci ho pensato a lungo, ma volevo avere un rapporto di fiducia con la gente senza strascichi medico legali, che ho visto frequenti e terribili nelle loro conseguenze sulla vita dei colleghi, senza quell'ansia continua che finisce col toglierti la gioia di un lavoro bellissimo, e ho deciso di fare il medico di medicina generale.

Il Concorso è stato altamente selettivo: posti disponibili 100, candidati 1136. È ragionevole pensare che, come me, molti colleghi abbiano avuto un ripensamento sulla via da seguire e alla fine abbiano optato per la medicina sul territorio. Però è difficile dare una spiegazione al fenomeno che sta a valle della selezione: concorsi per MMG e specialisti ambulatoriali che vanno deserti o non ricevono adeguata copertura. Anche la necessità di aumentare il numero degli assistiti per medico per potere dare una relativa copertura assistenziale risulta difficile da capire, soprattutto perché non mi sembra che la capacità formativa della rete sia sfruttata completamente. Pare che il nostro sistema di selezione sia affascinato dall'idea dell'imbutto formativo: la scelta delle persone da utilizzare sul campo è definito a monte e gli assistiti vengono assegnati ai professionisti in modo automatico senza potere esercitare un diritto di scelta... perché il numero di quelli che puoi scegliere è davvero molto limitato e solo se sei fortunato puoi avere una qualche forma di assistenza.

Il tirocinio è organizzato con una frequenza di lezioni magistrali, per l'acquisizione dei contenuti culturali, e una di strutture e reparti. Fra queste, consultori, Centri psico-sociali, Distretti, e anche reparti ospedalieri. La borsa di studio corrisposta è pari a 860 euro, cioè la metà di quella di uno specializzando ospedaliero, molto al di sotto del

ragionevole per un'attività a tempo pieno che viene così fortemente disincentivata. L'attività pratica è rendicontata in termini di ore di frequenza, ma non sempre si è partecipi e vi è un coinvolgimento attivo. Può accadere che le attività di tutoraggio siano considerate (da chi insegna) inutili, perché vi è la certezza che il discente ha già sviluppato le competenze relative. La sua presenza nella vita del reparto o dello studio viene considerata un intralcio e il patto scellerato per cui io non t'insegno, tu mi dai un giudizio positivo funziona benissimo se la certificazione della presenza viene comunque concessa.

Se rimani indietro, poi, devi recuperare con una ulteriore frequenza che può essere problematica. Normalmente solo alla fine del tirocinio e dopo la discussione della tesi vieni inserito nelle graduatorie e puoi intraprendere la tua attività. Ma nel mio caso, con la crisi COVID, così come per gli specializzandi ospedalieri vi è stata la possibilità di essere immessi sul campo già durante il tirocinio anche se con un numero limitato di assistiti. Il completamento del contingente avviene una volta che si è raggiunto il titolo.

I bandi di assegnazione privilegiano la corrispondente area di residenza e questo è certamente un fattore positivo perché riduce il dispendio sul piano della logistica e facilita la possibilità di trovare un equilibrio economico nell'apertura dello studio. Se si finisce, in genere in seconda battuta, lontano dal proprio domicilio abituale, i problemi organizzativi possono essere notevoli.

Vi sono tre possibili forme di organizzazione: ambulatorio personale singolo: tutte le spese sono a carico del medico: affitto, luce, gas, telefono, sistemi informatici, materiali d'uso, segretaria e/o infermiera. La quota capitaria è di 42 euro ad assistito; questo significa 42.000 euro se avete 1.000 assistiti, 63.000 se ne avete 1.500. Se avete 1.500 assistiti dovete garantire 15-18 ore la settimana di assistenza su 5 giorni, con una presenza alternata fra mattine e pomeriggi. Mediamente dovete calcolare il numero delle visite secondo il vostro standard di approfondimento dei problemi e la conoscenza delle problematiche dei malati: in genere vedevo 3-4 pazienti l'ora, cioè da 9 a 12 al giorno, in ultima analisi 60 su 5 giorni (ma nel periodo invernale ve lo potete scordare perché se le persone hanno bisogno dovete fare fronte a richieste extra). Aggiungete ogni giorno un minimo di due visite domiciliari, che se vivete in un'area rurale può volere dire un altro paio d'ore di attività clinica al giorno. In linea teorica potete fare anche cinque ore di attività privata al mese, non di più: ma è solo teoria. All'inizio, ho cominciato con zero assistiti, poi per circa sei mesi sono cresciuta di poche unità; alla fine dell'anno nella mia zona sono andati in pensione in 3, nel giro di una settimana avevo 1500 assistiti. Se considerate l'onorario e lo distribuite sulle 3.500 visite (domiciliari e non) vi accorgete che un MMG riceve se va bene 17 euro a visita (meno di quanto riceve l'ospedale per una visita specialistica ambulatoriale). Il ricavo deve tenere conto delle spese di gestione che sono comunque significative. Chi ha ambizioni di guadagno stia lontano dalla medicina territoriale.

L'altro aspetto è quello della soddisfazione professionale, della possibilità di crescita culturale, del lavoro in collaborazione. Ancora una volta, il disegno generale organizzativo è molto avveduto ma poi nella pratica non trova un'applicazione efficace. Lo studio può essere organizzato in rete e quindi interconnesso con altri studi in un contesto di rinforzo e anche sostituzione delle competenze. Questa modalità organizzativa riceve un incentivo economico e ciò a volte dà il via a un'aggregazione opportunistica centrata sui vantaggi pratici più che su quelli professionali. Un'ulteriore modalità organizzativa è quella di gruppo, che implica la presenza concomitante di almeno tre medici e riceve un finanziamento (anche se non integrale) delle competenze di segretaria e infermiere. Si realizza così una piccola casa di comunità, ma non necessariamente con il livello organizzativo che questa comporta.

Le prestazioni non sempre vengono effettuate con la necessaria uniformità dai diversi medici di medicina generale e questo può comportare, soprattutto in caso di sostituzioni per necessità di tempestività delle prestazioni, confronti impietosi da parte dei pazienti. Tenere i contatti con i pazienti può essere difficile soprattutto quando si presentino condizioni di necessità che interferiscono pesantemente con il tempo di percorrenza per raggiungere lo studio e poi quello d'attesa prima della prestazione. Questi elementi sono frustranti per i pazienti e creano uno stato di tensione potenziale: l'assistito quando arriva dal medico ha già capito tutto, sa tutto e vuole, pretende quella che ritiene la soluzione ai suoi problemi. Il medico rischia di essere l'ostacolo alla cura. Di fatto il processo di presa in carico del paziente a livello ambulatoriale manca di una regia efficace e sembra essere fatto apposta per irritare il nostro assistito. Il ricorso alla visita dello specialista viene vista come una perdita di tempo, la necessità della prescrizione degli esami specialistici soprattutto di quelli più sofisticati e costosi un momento liberatorio, cui non è possibile opporsi. Se poi considerate la possibilità di superare il tetto prescrittivo e la difficoltà per tutti di trovare spazio in strutture che viaggiano ormai a scartamento ridotto, con code chilometriche e tempi di attesa biblici, vi rendete conto che il medico di medicina generale è preso fra due fuochi e vive una condizione di tensione che può sfociare in qualche situazione minacciosa o addirittura in una denuncia. Certo siamo tutti assicurati, e questa è un'ulteriore spesa, ma trovarsi in tribunale è veramente demotivante. D'altra parte, è indubbio che la digitalizzazione, la possibilità di prescrizione elettronica e anche il contatto telefonico hanno semplificato e alleggerito gli obblighi assistenziali del medico di medicina generale, ma esiste un grosso rischio di inappropriatazza perché la visita virtuale non può certo avere un valore medico-legale e non accorgersi di una richiesta mail rimane nel caos attuale una possibilità all'ordine del giorno.

In definitiva della mia esperienza di medico di medicina generale posso dire tanti problemi, molta fatica, moltissima tensione, pochi guadagni, pochissime soddisfazioni. Per fortuna mi hanno ripreso in un reparto di chirurgia.

LA CRISI DELLA MEDICINA TERRITORIALE E I SUOI EFFETTI SULL'OSPEDALE "LA NECESSITÀ D'INTERCONNESSIONE FRA STRUTTURE E PROFESSIONISTI"

Carlo Nicora

Direttore Generale IRCCS Istituto Nazionale Tumori

Vicepresidente Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere

Milano

"...sarebbe opportuno parlare di interconnessione tra ospedale e territorio piuttosto che di continuità..."

Una **pandemia dalle dimensioni planetarie** ha determinato, prima in Lombardia e poi in tutta la nazione, uno shock sanitario, economico e sociale che ha mostrato alcune lacune, già evidenti ad alcuni attenti addetti al settore e meno all'opinione pubblica, come la sottovalutazione della prevenzione, la frammentazione del territorio con i suoi modelli incompiuti che hanno generato inefficienze, determinando un **impatto inimmaginabile e non prevedibile sugli ospedali, sui professionisti e sui cittadini**.

Oggi, in pieno PNRR -missione 6: Salute-, in molti sostengono necessario per il SSN, una nuova normalità, adducendo che la pandemia COVID-19, come una cartina di tornasole, ha evidenziato in maniera oggettiva i limiti ed un punto di non ritorno. In realtà la discussione sul binomio ospedale-territorio era già in atto da diversi anni e interventi normativi, forse non appieno applicati, erano già stati emessi come il **D.M. 70 del 2015** "regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", il **Piano Nazionale della Cronicità del 2016**, il **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025** e da ultimo il **Decreto 77 del 2022** "regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN".

La **centralità del paziente passa attraverso l'insieme di azioni che si realizzano sul territorio e negli ospedali**, nell'ambito di una filiera "territorio-ospedale-nuovamente territorio" la cui continuità deve essere garantita dai professionisti. Sarebbe più opportuno parlare di **interconnessione tra ospedale e territorio piuttosto che di continuità**, perché in tal modo si rende più chiara la visione di cambiamento che passa attraverso una stretta relazione tra i professionisti che "curano i malati" e non attraverso "le malattie" clinicamente standardizzate. In questa interconnessione i professionisti (ospedalieri, MMG, specialisti, infermieri, psicologi, farmacisti ed altri), ognuno inserito nella propria struttura organizzativa, diventano il punto di riferimento e quindi i **nodi della rete** di interconnessione tra ospedale e territorio, che quindi non può più permettere il mantenimento di una divisione "*ideologica*" tra sanità pubblica e privata accreditata.

La sanità pubblica si trova pertanto di fronte ad alcune sfide che diventano quindi **priorità** da realizzare attraverso azioni precise quali: la **modernizzazione degli ospedali**, il **potenziamento della rete territoriale**, la **sanità digitale** e la **prevenzione**.

Ma il dibattito, dove il PNRR sembra rappresenta la stella polare, sarà soprattutto nella capacità di cambiamento fra i **contenitori** (modelli organizzativi) e **contenuti** (competenze e professionisti) e dove le **tecnologie digitali e informatiche** giocheranno un ruolo di acceleratore. La rivoluzione in atto non riguarda solo i comportamenti della vita quotidiana o professionale delle persone, ma anche il loro modo di relazionarsi con la salute, dalla ricerca sul web, alla comunicazione con il medico, al teleconsulto. Sale operatorie, diagnostica, processi terapeutici sono pervasi dalla **tecnologia** con un miglioramento esponenziale dell'esito dei trattamenti che si ripercuote in positivo sulla qualità e sull'aspettativa di vita delle persone.

Dobbiamo ripensare al nostro SSN con una visione diversa dal passato, ripensare ad **un modello di ospedale tecnologicamente sicuro, digitale ed avanzato ma aperto al paziente e al territorio**, immaginare che l'ospedale sia parte integrante di una filiera dove, a quella esclusiva fase di "input" (il ricovero) tipica di una visione "ospedalocentrica", faccia seguito anche quella necessaria fase di "output" verso il territorio, certamente favorita delle tecnologie di ultima generazione. Una filiera che, partendo dal concetto di medicina di prossimità, come prevede la missione sei del PNRR, parta dal rapporto fiduciario tra MMG e paziente per l'avvio di un percorso assistenziale che può indirizzarsi verso le cronicità o, in alternativa, verso le acuzie (attraverso il ricovero ospedaliero) ma attivando una continuità di costante dialogo tra professionisti (MMG e medico/specialista ospedaliero), che dovrà essere garantita dalla sanità digitale.

Se guardiamo alle strutture ospedaliere pubbliche operanti in Italia abbiamo di fronte una strada lunga e in salita sia per poterli definire tecnologicamente sicure, digitali ed avanzate sia per poter garantire ai sensi del DM 70 una equa distribuzione dei DEA di II° livello in tutte le regioni, senza dimenticare l'implementazione sul territorio nazionale delle reti tempo-dipendenti e delle reti cliniche di patologia che permetterebbero al nostro sistema ospedaliero di raggiungere ottimi livelli di efficienza. Per quanto riguarda le Cure Primarie il tema non è tanto di quale ruolo deve giocare all'interno del modello organizzativo nazionale o regionale ma di come deve essere messa nelle condizioni di prendersi cura della cronicità (vero asset portante per i MMG) ripensando come supportare al meglio il lavoro del medico di famiglia all'interno di un sistema organizzato e innovativo.

Ultimamente si sta puntando il dito contro il sistema ospedaliero ritenuto, a torto, causa della spesa crescente del SSN e inefficiente per le liste d'attesa, credo invece che si debba lavorare per **restituire credibilità sociale all'ospedale** (incredibile a dirsi dopo quello che ha dovuto gestire durante la pandemia) e dall'altra si debba **investire**

nel servizio ospedaliero che sarebbe stupido continuare a considerare come la controparte del territorio.

IL PROBLEMA DEL PRONTO SOCCORSO NON È IL PRONTO SOCCORSO

Fabio De Iaco

Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Ospedale Maria Vittoria

Torino

Presidente Società Italiana Medicina di Emergenza Urgenza

Non servono nuove descrizioni della precarietà nella quale versa il sistema del Pronto Soccorso italiano. Sul tema si è consolidata un'intera narrazione, semplicistica ed emotiva, che oscilla tra l'agiografia degli operatori (sull'insopportabile retorica degli eroi non vorremmo più tornare) e l'estremo opposto delle accuse più sguaiate di abbandono di pazienti o di imperante incompetenza. Più del Pronto Soccorso non esiste soggetto tanto invocato e sbandierato (diciamolo, strumentalizzato) da amministratori pubblici, candidati politici, sindacalisti, giornalisti, influencer vari.

Ad oggi, l'unico minimo confronto tra professionisti e decisori ha riguardato alcune misure urgenti centrate sul trattamento economico degli operatori dell'Emergenza Urgenza: misure estemporanee, non strutturali, necessarie ma gravemente insufficienti a risolvere il problema. I tentativi di allargare l'orizzonte della discussione al futuro del sistema non hanno trovato alcun momento di discussione.

L'emergenza dell'emergenza (amaro gioco di parole) impone invece un dibattito ben più ampio, realistico e professionale, che non si nasconda le ragioni profondamente strutturali della crisi in atto e inquadri il problema nel vasto e complesso perimetro del Servizio Sanitario Nazionale, muovendo da un'analisi seria, finora assente, del ruolo che il Pronto Soccorso gioca in tale contesto.

È utile partire da alcune metafore che si sono affermate negli anni e descrivono con rapidità ed efficacia il ruolo del Pronto Soccorso.

- Prima metafora: il Pronto Soccorso è un faro nella notte. Espressione solo apparentemente romantica che esprime il significato dell'unica luce accesa in una notte di timori e necessità. Non la calda sicurezza del faro di un romanzo di Conrad, ma l'unico approdo possibile per chi rischia di naufragare (o non di rado è già naufragato). Con il rischio di apparire irrispettosi verso i malati, l'immagine del faro potrebbe essere sostituita dal lampione acceso, unica luce a richiamare gli insetti notturni.
- Seconda metafora: il Pronto Soccorso è una porta d'ingresso. Si badi: non il "biglietto da visita" dell'ospedale decantato ogni anno dai vertici aziendali al momento degli auguri natalizi, ma la pompa di alimentazione dell'ospedale per acuti. Basti ricordare che la metà delle prime diagnosi oncologiche avviene in Pronto Soccorso, o che il Pronto Soccorso è l'unico punto di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale per la grande maggioranza degli adolescenti con necessità.

- Terza metafora: il Pronto Soccorso è un privilegiato punto di osservazione. Se volete conoscere il sistema nel quale operate, individuarne le esigenze e le manchevolezze, scriveva Arthur Kellerman già trent'anni fa, passate un turno in una delle nostre sale visita. Non esiste medico o infermiere di Pronto Soccorso che non sogni di avere accanto a sé, un lunedì mattina, l'Assessore Regionale o il Direttore Generale.
- Quarta metafora: il Pronto Soccorso è il canarino nella miniera. È il primo allarme, sarà il primo a soccombere, ma rivela che la miniera è persa e i minatori, come unica alternativa alla morte, hanno solo la fuga. Quella miniera è, tristemente, il nostro SSN. Quanto accade oggi nei Pronto Soccorso è destinato a ripetersi, nei prossimi anni, in molti se non tutti i reparti dell'Ospedale.

Le metafore indicano con chiarezza la doppia prospettiva sotto la quale affrontare il "problema Pronto Soccorso": da un lato le esigenze del singolo cittadino, che esige risposte efficaci in una condizione di acuta necessità, e dall'altro le esigenze dell'intero sistema, che deve garantire salute e protezione e nel quale il Sistema dell'Emergenza Urgenza è un ganglio vitale. Perché non si comprende come garantire il rispetto dei principi fondanti del SSN (universalità, equità e solidarietà) in assenza di un adeguato meccanismo di risposta all'urgenza.

Nell'affrontare il problema è necessario partire da una domanda che può apparire retorica e invece attende una risposta chiara da parte di tutti gli attori del sistema: è davvero necessaria una Medicina d'Emergenza Urgenza culturalmente e operativamente autonoma? Chi scrive, Presidente della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza, ovviamente ritiene di sì, ma non si nasconde gli attacchi che, dall'interno del sistema, si muovono contro il cosiddetto "modello MEU" (modello, per inciso, che ben pochi conoscono perché ancora applicato solo raramente).

Accade che le difficoltà crescenti in cui l'Emergenza Urgenza si muove in questi anni (fuga dei professionisti, carico di lavoro abnorme rispetto alle risorse, ecc.) diventino paradossalmente il capo d'accusa da cui la MEU è chiamata a difendersi. Secondo questa visione il fatto che la Medicina d'Emergenza Urgenza sia in evidente difficoltà costituisce di per sé la prova dell'inapplicabilità e anzi della velleitarietà del "modello MEU". Visione certamente miope, che rivela la propria inconsistenza nel momento in cui si cerchi una concreta alternativa: è irrealistico immaginare un ritorno al passato, al sistema nel quale tutti gli specialisti dell'ospedale ruotavano in Pronto Soccorso, per ragioni evidenti che attengono sia alle competenze necessarie sia alla sempre più indispensabile ottimizzazione delle risorse.

È interessante notare come negli anni sia radicalmente mutato il terreno di confronto tra la Medicina d'Emergenza Urgenza e le altre discipline: le iniziali questioni riguardanti ipotetiche invasioni di campo, occupazione di spazi tradizionalmente propri di altri specialisti, sono sempre più rare, mentre il conflitto insiste esclusivamente sull'allocazione di pazienti, in qualche caso sull'indicazione al ricovero

(laddove ragioni di responsabilità professionale o di necessità socio-assistenziali confliggono con l'indicazione strettamente clinica degli altri specialisti), sulla necessità dell'intero ospedale di partecipare alla gestione del boarding.

È questo il punto fondamentale, che rivela come il problema del Pronto Soccorso sia in realtà oggi il problema dell'intero sistema. La "madre di tutte le tempeste" è il boarding: l'attesa di ricovero per tempi indefiniti in barella in Pronto Soccorso non è soltanto la conseguenza dell'evidente insufficienza del SSN, ma anche la principale causa di fuga dei professionisti e di crisi di vocazione dei neofiti. In realtà è inappropriato parlare di vocazione: sarebbe meglio parlare di crisi di identità. L'identità della Medicina d'Emergenza Urgenza si perde nel disconoscimento dei propri ambiti di competenza e nella perenne delega che le viene imposta a occuparsi di "tutti i mali dell'ospedale". E a questo si aggiunge l'incredibile negazione del ruolo degli specialisti MEU nell'emergenza pre-ospedaliera. Non si può pensare che un giovane medico si voti a una professione così impegnativa e al contempo privata della propria identità naturale, soprattutto perché è su quell'identità, molto più che sulle prospettive economiche o di carriera, che si fonda oggi la scelta della MEU come futuro professionale.

Non c'è dubbio che, di fronte alle mutate condizioni epidemiologiche del Paese che continuiamo ad affrontare con un sistema i cui parametri risalgono a trent'anni fa, la fondamentale risposta al problema del boarding risieda nel potenziamento dell'ospedale e, parallelamente, delle strutture territoriali che possano accogliere la post-acuzie e la cronicità riacutizzata. Ma è altrettanto vero che il boarding rappresenta un problema che non scomparirà in tempi brevi e che siamo destinati ad affrontare per i prossimi anni, per il quale le soluzioni risiedono esclusivamente nella condivisione di nuovi modelli di presa in carico da parte dell'intero ospedale. È solo attraverso una risposta di questo tipo che si potrà ricercare una nuova efficienza dell'intero sistema (oggi clamorosamente scomparsa) ma anche perseguire il riconoscimento di quell'identità della Medicina d'Emergenza Urgenza che non è esclusivamente una questione di dignità professionale e di motivazione, ma rappresenta essa stessa una risposta alle esigenze di sistema nel momento in cui restituisce attrattività e percorribilità alla carriera in MEU.

Un Sistema dell'Emergenza Urgenza che realizzi un'assoluta continuità tra fase pre-ospedaliera e ospedaliera e un Pronto Soccorso realmente efficace e non delegato a figure professionali scarsamente competenti rappresentano la chiave per la miglior funzionalità dell'intero ospedale per acuti. Con la consapevolezza che la funzione della MEU non si esaurisce nell'accettazione (espressione irricevibile che degrada i clinici ad amministrativi) ma spesso prosegue nelle ore e nei giorni successivi all'accesso, attraverso la gestione e la stabilizzazione di pazienti critici in vista del passaggio alle idonee aree specialistiche: è impossibile, proprio per le caratteristiche dell'ospedale per acuti e per la naturale evoluzione delle discipline mediche verso la superspecializzazione, non prevedere aree di terapia semi-intensiva che provvedano

a questa funzione su una popolazione che, è bene ricordarlo, è assolutamente indifferenziata. Il paziente che entra in Pronto Soccorso non ha un'etichetta di appartenenza: la sua condizione di criticità spesso non è solo internistica o chirurgica oppure si somma a patologie preesistenti e configura la necessità di interventi e competenze trasversali, rendendo impossibile un'assegnazione pienamente appropriata a una delle aree di ricovero dell'ospedale pur in presenza di letti ad alta intensità propri delle singole discipline. La presenza di un'area di terapia semi-intensiva di Emergenza Urgenza, posizionata in continuità con la funzione di Pronto Soccorso e prima dell'area monospecialistica di trattamento definitivo, appare efficace e logica in un ambito in cui la necessità del miglior trattamento coincide con l'imperativo di preservare l'appropriatezza dell'impiego della Terapia Intensiva e delle aree ad alta intensità delle singole discipline.

Il primo ostacolo da superare, se davvero si vuole lavorare per un sistema che in futuro ritrovi la propria efficienza, è l'accettazione passiva della situazione attuale: le immagini giornalistiche di questi anni che con un ritmo sempre più incalzante ripropongono distese di barelle in attesa di destinazione, proteste di pazienti in cerca di un'assistenza che il SSN promette ma non sa garantire, intemperanze e aggressioni nei confronti degli operatori, rischiano di essere accettate dagli stessi professionisti come inevitabili e irrisolvibili. È il pericolo di cui si parlava poco sopra: misurare le possibilità di miglioramento attraverso la dimensione degli ostacoli che si hanno di fronte e dunque optare per una rassegnata accettazione. Al contrario, quel che serve è il rifiuto dell'attuale situazione e la volontà sincera di mettere in discussione i principi e i comportamenti adottati sinora: non si risolve un problema nuovo con idee vecchie (che spesso sono proprio quelle che il problema l'hanno prodotto).

È necessario trovare una nuova visione e un accordo tra i professionisti su tre punti fondamentali:

- L'architettura generale del sistema: l'aver considerato territorio e ospedale come entità tra loro alternative, sino ad applicare modelli organizzativi e persino contrattuali differenti, è alla base dell'attuale fallimento. Così come indichiamo non nella continuità, ma addirittura nella medesima identità professionale e organizzativa la soluzione più efficace e sostenibile per l'Emergenza Urgenza, lo stesso principio va applicato alla cronicità e alla sua riacutizzazione, attraverso soluzioni organizzative anche più complesse perché bidirezionali, in entrata e in uscita rispetto all'ospedale per acuti.
- Il modello dell'ospedale: accanto all'indispensabile potenziamento della capacità fisica dell'ospedale per acuti, un'altra necessità è il superamento della visione dell'ospedale "per singole discipline". Il boarding può essere considerato come l'esempio più eclatante della necessità di una presa in carico diffusa da parte dell'ospedale, che sia complementare e parallela rispetto alla soluzione specialistica delle necessità cliniche: prima ancora che nuovi modelli organizzativi è necessario sviluppare un nuovo approccio culturale per far sì che gli specialisti

realizzino la propria identità professionale nella funzione prima ancora che nel luogo fisico del reparto di vecchia concezione.

- I professionisti e gli organici: va riconosciuto e affrontato il deficit di attrattività non del solo Pronto Soccorso, ma dell'intero SSN. La soluzione del problema non è esclusivamente economica e passa attraverso la ricerca di nuove risorse nell'unico serbatoio naturale rappresentato dalle Scuole di Specializzazione, che non devono essere svalutate e mortificate in una funzione che è invece irrinunciabile ma vanno ripensate superando, anche in questo caso, una visione rigidamente dualistica tra Ospedale e Università. E allo stesso tempo, senza lasciarsi condizionare da accuse spesso pretestuose di task-shifting, va riconosciuta e messa a frutto la nuova professionalità dell'infermiere.

Alla fine, delle metafore del Pronto Soccorso di cui si parlava, la più importante è probabilmente quella che ne riconosce il valore come insostituibile punto d'osservazione dell'intero sistema. Sulle soluzioni si potrà discutere, e il concorso di tutte le discipline e le professionalità potrà individuare direzioni e possibilità che agli operatori dell'Emergenza Urgenza sono sinora sfuggite. Ma non c'è dubbio che i nodi da sciogliere siano quelli indicati: il "problema Pronto Soccorso" non si risolverà sino a che resterà "del" Pronto Soccorso. Perché l'altra metafora, quella dei canarini in miniera, non può essere ignorata: la miniera, l'intero SSN, è troppo importante e preziosa per essere abbandonata.

CASE DI COMUNITÀ: POSSONO AIUTARE L'OSPEDALE IN CAMPO UROLOGICO?

Prof. Maurizio Brausi

Presidente eletto del Collegio Italiano dei Chirurghi

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, citato nel DM 77 comporterà entro il 2026 un rinnovamento delle dotazioni tecnologiche degli ospedali, e un potenziamento e riorganizzazione delle attività territoriali. L'organizzazione ospedaliera regionale e nazionale deve essere caratterizzata da una elevata integrazione dei luoghi di cura, dei servizi e dei professionisti con l'obiettivo di garantire al paziente un accesso alle cure appropriato e tempestivo. Le reti cliniche sono basate su un sistema di strette relazioni tra i centri ospedalieri organizzati secondo il sistema HUB e SPOKE. Quindi integrazione assoluta tra Ospedali di Base, di I, II livello ed in futuro, centri ospedalieri posti sul territorio, Case della Salute, Case di Comunità. Le Case di Comunità, quindi, rappresentano o rappresenteranno l'ultimo anello/nodo della rete.

La Casa di Comunità (CdC) è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È il luogo dove i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Essa è destinata a far parte del Servizio Sanitario Nazionale (PNRR del 2021 e pubblicate 11.09.22 sulla Gazzetta Ufficiale). La CdC introduce un modello organizzativo multidisciplinare al quale parteciperanno Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali interni, Psicologi, Ostetrici, e Specialisti nella Prevenzione, Riabilitatori ed Assistenti Sociali.

La CdC svolge quattro funzioni principali:

1. Luogo dove vengono erogati i servizi ambulatoriali specialistici e Sociali.
2. Integrazione multidisciplinare
3. Erogazione Budget di comunità
4. Ricomposizione dei bisogni locali (bisogni delle reti e bisogni locali)

Le Regioni devono prevedere almeno 1 CdC ogni 40.000-50.000 abitanti. NON ci sono standard di riferimento per le Cdc SPOKE.

La specialità di Urologia non fa parte, in generale, delle discipline presenti nelle Case di Comunità, come detto precedentemente e così anche in Emilia-Romagna. L'attività di rete invece (tra ospedali di base, I e II livello) è molto presente, come conferma la mia esperienza personale.

Le case di Comunità potrebbero essere molto utili nel migliorare l'attività dei diversi Ospedali. Le attività che potrebbero essere incluse sono:

1. Dimissione protetta e follow-up post-operatorio dei pazienti operati al termine della loro degenza. Esito: riduzione delle giornate di degenza

2. Esecuzione di interventi di piccola e media chirurgia che necessita di solo day-hospital e di degenze brevi. Esito: riduzione delle liste d'attesa chirurgiche
3. Visite ambulatoriali urologiche, cistoscopie ed esami urodinamici. Esito: riduzione delle liste d'attesa ambulatoriali dedicate
4. Esecuzione di MDT Oncologici e non-.

Tutto questo servirebbe per alleviare il carico di lavoro dei vari ospedali e , come detto, nel ridurre le liste di attesa chirurgiche e ambulatoriali. Un ulteriore vantaggio sarebbe la riduzione dei costi delle varie prestazioni.

Tuttavia, la mancanza di personale medico ed infermieristico (30.000 medici mancanti e 70.000 infermieri in Italia) rendono quasi impossibile sia l'apertura che il funzionamento eventuale di queste strutture.

BREVE STORIA DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA FRA TERRITORIO E OSPEDALE E IL RUOLO DELL'ORTOPEDIA

Massimo Misiti

Segretario del Collegio Italiano dei Chirurghi

Nella gestione e nell'organizzazione della sanità territoriale un ruolo di primo piano è certamente quello rivestito dall'ortopedia e traumatologia; i medici afferenti a questa branca specialistica hanno seguito il percorso evolutivo richiesto dalle norme nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Norme dettate da una serie di leggi e regolamenti.

La Legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 23 dicembre 1978 n. 833 ha definito per la prima volta i Distretti Sanitari e ha previsto, all'art. 10 (**organizzazione territoriale**), che *“i Comuni singoli o associati articolano le Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento”*, demandando alle Regioni la definizione dei criteri per la loro costituzione.

Questa Legge ha fornito pochi elementi per la definizione delle caratteristiche specifiche del Distretto, limitandosi alla descrizione delle attività di erogazione di alcuni servizi ambulatoriali di primo livello, lasciando poco definiti i livelli di coinvolgimento delle molteplici figure professionali.

Con il Decreto legislativo (D.Lgs.), n. 502 del 30 dicembre 1992, successivamente modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 sono state fornite le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del SSN basato sui principi di aziendalizzazione. Il Distretto è stato configurato come articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria, insieme ai Presidi Ospedalieri e al nascente Dipartimento di Prevenzione. Il Distretto, come i Presidi Ospedalieri e il Dipartimento di Prevenzione, avrebbe dovuto essere, ed in alcune regioni lo è, un centro di governo e non solo di erogazione di servizi; in quanto doveva portare i servizi il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione sociosanitaria. Ma, ancora, in questo decreto, non sono state definite in modo specifico le caratteristiche organizzative del Distretto ed in molti casi l'istituzione dei Distretti sanitari si è limitata ad un piano formale senza prevederne un'effettiva autonomia operativa e gestionale

Successivamente con i PSN del 1994-1996 e con quello 1998-2000, in particolare, che è stato definito l'ambito di azione dei percorsi sanitari collocando in un unico livello di assistenza sanitaria le attività distrettuali, comprese l'assistenza sanitaria di base, specialistica semiresidenziale e *territoriale*, residenziale per non autosufficienti e

lungodegenti stabilizzati. In questo caso la scelta di ricondurre a unitarietà tutte le attività territoriali nel livello distrettuale mirava ad agevolare l'effettiva realizzazione di una rete dei servizi territoriali centrata sul Distretto.

Il D.Lgs n. 229 del 19 giugno 1999, (e successive modificazioni ed integrazioni) ha segnato una svolta per i servizi sanitari del territorio attribuendo al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute, dotando il Distretto di una forte connotazione organizzativa e valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio. Negli anni successivi avrebbe dovuto assumere particolare rilevanza la modifica del titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), la quale spostava l'attenzione su come garantire ai cittadini, dovunque essi si trovassero, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). La definizione dei LEA inseriva un'importante disaggregazione del livello "Assistenza distrettuale" in una serie di sottolivelli:

1. ***Assistenza sanitaria di base***
2. ***Attività di emergenza sanitaria territoriale***
3. ***Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali***
4. ***Assistenza integrativa***
5. ***Assistenza specialistica ambulatoriale***
6. ***Assistenza protesica***
7. ***Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare***
8. ***Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale***
9. ***Assistenza termale***

Il successivo PSN 2003-2005 ha identificando due obiettivi di specifico rilievo per il Distretto:

- ***"Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari"***;
- ***"Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"***.

Un ulteriore obiettivo, più in generale, di rilevanza per i servizi socio-sanitari distrettuali, doveva essere: l'attuazione dei LEA e la riduzione delle liste di attesa, con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza ed integrazione, temi rispetto con i quali si sarebbero potute delineare molte linee di intervento per l'assistenza territoriale e per l'integrazione con i servizi ospedalieri, il che, ancora oggi, evidenzia notevole disomogeneità sul territorio nazionale.

Con il successivo PSN 2006-2008 si è cercato di rafforzare l'integrazione del MMG/PLS nel sistema che doveva promuovere lo sviluppo delle forme di aggregazione innovative della medicina generale, quali le équipes territoriali e i nuclei o unità di cure primarie. Il Piano sottolineava la necessità di completare

l'offerta dei servizi nel raccordo ospedale-territorio e lo sviluppo, là dove ne ricorrevano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'ospedale di comunità. Il Piano, inoltre, stabiliva che le Regioni attribuivano maggiori risorse finanziarie all'assistenza territoriale, fino a raggiungere i seguenti parametri tendenziali: 51% assistenza distrettuale; 44% assistenza ospedaliera; 5% prevenzione.

Il PSN 2011-2013 ha continuato l'opera di approfondimento e promozione delle cure primarie all'interno delle attività distrettuali precisando che *“la funzione delle cure primarie deva essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è, inoltre, affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati”*. Si prevedeva lo sviluppo da parte delle Aziende sanitarie di soluzioni sempre più integrate nel campo delle cure primarie, dove i professionisti vedevano rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione di sistemi d'integrazione tra coloro che operano nei servizi territoriali (rete orizzontale) e tra le diverse strutture d'offerta, in particolare tra servizi sociosanitari territoriali e sistema ospedaliero (rete verticale).

Questa integrazione *“prevede appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali”*. Inoltre, *“il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali”*.

Il D.Lgs n. 159/2012 ha definito la funzione e la composizione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), chiamate a *“condividere in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi professionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali”*. Il decreto prevede che le UCCP *“possano adottare, anche per il tramite del Distretto sanitario, forme di finanziamento a budget”*, e che *“definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del Distretto”*.

La definizione delle UCCP come strutture complesse all'interno delle AFT nell'organizzazione dell'assistenza e delle cure territoriali e la loro integrazione anche informativa all'interno dell'organizzazione Distrettuale viene ulteriormente ribadita e approfondita nel testo del Patto per la Salute 2014-2016, in cui sono stati definiti i limiti entro cui dimensionare le nuove AFT, che *“coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, e rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico”*.

Le UCCP sono identificate come *“parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale”*. Il testo ha ribadito l'importanza dell'utilizzo di nuovi strumenti di *governance*, affermando che *“per un efficientamento delle cure primarie, è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni ed obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi”*

Questo percorso è stato successivamente normato dal DM 70 del 2015 a cui ha fatto seguito il più recente DM 77 del 2022 intervallato dalla L.34 del 2020 che ha istituito le Unità speciali continuità assistenziali (USCA) le quali hanno contribuito fino al 30 giugno del 2020 a migliorare l'assistenza territoriali durante il periodo Covid-19.

Con il regolamento del DM 70 del 2015 riavvalorato ancora con il DM 77 del 2022 la sanità italiana viene organizzata in modo ben definito in: emergenza/urgenza, ospedaliera e territoriale.

In questo ambito l'ortopedia assume un punto cardine per l'erogazione delle prestazioni assistenziali tanto che uno dei parametri di valutazione usati dall'AGENAS nel giudicare l'efficienza di una struttura sanitaria riguarda una prestazione in particolare (l'intervento chirurgico per frattura di femore nelle 48 ore) ed il tempo necessario affinché questo venga eseguito dal momento del ricovero (ciò vale per le strutture pubbliche e/o private che siano)

Il sistema organizzativo e il regolamento descritto dai DM 70 e 77 definisce *“l'integrazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale delle strutture territoriali fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure”*..... Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti

di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni ...già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attività/ regime di ricovero ad altro ...

Ed ancora nel punto 2 dei DM vengono classificate le strutture ospedaliere, con definizione dei posti letto per numero di abitanti e la necessaria definizione e trattamento delle patologie , dalle semplici a quelle più complesse e di queste l'ortopedia fa necessariamente parte integrante essendo stata reputata necessaria sia in presidi ospedalieri di primo che di secondo livello.

L'exkursus legislativo e normativo di fatto, oggi, appare complicato nella sua esecuzione a causa della carenza di medici in genere, e di specialisti in ortopedia e traumatologia in particolare, in relazione al sempre più marcato accanimento da parte di un sistema lobbistico che vede nei laureati in medicina e chirurgia, e in particolare in quelli specializzati in alcune branche come l'ortopedia, le vittime sacrificali predestinate.

Appare evidente che il servizio di medicina e assistenza territoriale sia stato sempre un punto dolente sul quale il legislatore, non sempre in modo pratico e risolutivo, ha cercato di porre la giusta attenzione. La creazione di una rete di assistenza per le patologie ortopediche che abbia il benessere del cittadino come obiettivo assoluto necessita di una precisa definizione delle strutture regionali e provinciali che riunite fra di loro in un complesso organico sia in grado di dare un contributo tangibile alla soluzione dei problemi. Affinché questo sia realizzabile si deve pensare ad una rete provinciale di Ortopedia-Traumatologia che abbia l'obiettivo di ridefinire, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, l'offerta di prestazioni programmate e in urgenza. Questa organizzazione mira a garantire l'operatività in campo ortopedico-traumatologico di tutti gli ospedali, a fronte della sempre maggiore carenza di professionisti che solo nei prossimi anni potrà essere attenuata dall'incremento delle borse di studio per specializzandi. "Una criticità che si può fronteggiare attraverso una riorganizzazione capace di continuare ad assicurare servizi di eccellenza in tutto il territorio, in sintonia con gli sviluppi previsti dai PAL (Piano Attuativo Locale) ospedaliero,

La carenza di specialisti, che investe tutte le aziende sanitarie, si confronta con una domanda crescente di prestazioni di ricovero e ambulatoriali generando una risposta inadeguata. "Il progetto di recupero della medicina territoriale deve tenere conto che, sotto il profilo geografico e dell'accessibilità, gli ospedali di alcune provincie sono privilegiati da reti stradali e trasporti efficienti mentre altri sono in zone disagiate;

per questo motivo è da facilitare la diversificazione dell'offerta specialistica attraverso una distribuzione per macroaree.

La Rete Ortopedico-Traumatologica deve conservare le prerogative esistenti in termini di integrazione e programmazione delle attività, offerte dalle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali che devono integrarsi nell'erogazione dei servizi. L'organizzazione si dovrebbe articolare su più poli di offerta di prestazioni:

Gli ospedali devono potere contare su sedi satellite dove vengono assicurati gli interventi chirurgici brevi (one-day surgery, day surgery), il day service e l'attività in regime di ricovero ordinario e ambulatoriale.

Il maggiore nodo provinciale (hub) deve essere punto di riferimento per i politraumi, l'urgenza maggiore, la casistica programmabile di alta complessità. È necessario che tutte le strutture, pubbliche e/o private convenzionate siano chiamate a soddisfare, innanzitutto, le richieste della popolazione di riferimento territoriale per l'attività ambulatoriale, i traumi di media/bassa entità e le patologie ortopediche compatibili con i servizi e le equipe presenti nelle sedi.

Resta invariata la possibilità per tutti i professionisti di operare in ogni sede ospedaliera, anche sulla base dell'affinità tra competenze e casistica trattata", il progetto tende a costruire un modello di attività che sia attrattivo per i professionisti nelle singole sedi, grazie alla sinergia che deve creare. In questo modo sarà possibile rispondere alle esigenze dei pazienti che potranno così accedere alle prestazioni in tempi brevi e senza soverchi disagi, e anche dei professionisti che potranno vedere valorizzate e riconosciute la loro competenza e la loro professionalità.

I PROBLEMI DI OTORINOLARINGOIATRIA IN PRONTO SOCCORSO

M. Piemonte

Otorinolaringoiatra, Past President Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)

L'Otorinolaringoiatria (ORL) è una specialità medico-chirurgica caratterizzata da molteplici competenze, che comprendono patologie non solo di sistema e d'organo (orecchio, naso e cavità paranasali, cavo orale, faringe, laringe, esofago cervicale, trachea, collo, tiroide, paratiroidi, basicranio anteriore e laterale), ma anche di funzione (udito, equilibrio, respirazione, deglutizione, fonazione, olfatto, gusto).

Le competenze specialistiche dell'ORL, oggetto di specifico insegnamento universitario generalistico nel Corso Magistrale di Medicina e Chirurgia e di ulteriore approfondimento nell'ambito dei Corsi di diverse Scuole di Specializzazione (alcune delle quali presentano anche settori di embricatura e sovrapposizione con l'ORL), sono tuttavia spesso conosciute solo in modo superficiale e generico dai non-specialisti ORL.

Partendo dalla riconosciuta premessa che la patologia ORL è molto frequente nella popolazione e che un elevato numero di casi presenta connotazioni proprie di emergenza o urgenza o presunte/ipotizzate come tali, l'impatto dei casi con affezioni ORL in ambito di Pronto Soccorso rappresenta sicuramente un problema specifico nel più ampio contesto dello stato attuale di sofferenza delle strutture emergenziali del S.S.N.

In primo luogo, è doveroso descrivere le classi di patologia ORL che più frequentemente si rivolgono per condizioni reali o presunte di emergenza e urgenza nei nostri Pronti Soccorso.

Le **“emergenze” “vere” o “assolute”** in ambito ORL, che corrispondono alla tradizionale classificazione di “codice rosso” e “codice arancione” e che presentano spesso rischio di vita imminente, possono essere così descritte:

- Emergenze respiratorie acute da ostruzione delle vie respiratorie faringo-laringo-tracheali: rappresentano l'emergenza assoluta “a rischio vita” della specialità ORL, solo parzialmente e non frequentemente risolvibili con intubazione oro- o naso-tracheale o con manovre disostruttive d'emergenza (ad esempio, con manovra di Heimlich). Le cause sono diverse e comprendono ostruzioni flogistico-infettive delle Vie Aero-Digestive Superiori -VADS (quali ascessi faringei, epiglottiditi, laringiti ipoglottiche, ascessi del collo), ostruzioni da edema reattivo delle VADS (allergia ad imenotteri, inalazione o ingestione di sostanze tossiche), traumi del collo, emorragie del collo, neoplasie delle prime vie aeree, Corpi Estranei tracheo-bronchiali, ecc. In questo ambito l'intervento di tracheotomia chirurgica, anche in tempi brevissimi, può rappresentare

spesso la ineludibile pratica “salva-vita” e rappresenta una attività particolarmente qualificante dell'emergenza ORL

- Lesioni traumatiche laringo-tracheali
- Emorragie delle VADS (post-chirurgiche, da ressi vascolare, da neoplasia, da cause “spontanee”): in questi casi il rischio di soffocamento (sia per allagamento dell'albero tracheo-bronchiale, sia per spasmo laringeo riflesso soffocante) è in genere maggiore del rischio di anemizzazione acuta.
- Emorragie del collo, “chiuse” o “aperte” (da trauma, da rottura vascolare spontanea, da cause post-chirurgiche), che possono derivare sia dai grandi vasi del collo (a. carotide, v. giugulare interna) sia da altri vasi maggiori (a. tiroidea inferiore, a. tiroidea superiore, a. linguale, a. facciale, v. giugulare esterna, vv. sottotiroidee, ecc.) e rappresentano invece un elevato rischio di anemizzazione acuta ma anche, in caso di emorragie “chiuse”, di paralisi laringea in adduzione o di compressione della via aerea.
- Patologie flogistico-ascensuali del collo, in considerazione del rischio settico, del rischio di diffusione infettiva ad altre sedi (ad esempio al mediastino), del rischio di compromissione delle vie aeree per compressione “ab extrinseco”.

Le **emergenze “relative”** in ambito ORL, caratterizzate da condizioni cliniche importanti, suscettibili di aggravamento in tempi anche brevi (solitamente descritte come “codice arancione” o “azzurro” “high grade”), possono essere così riassunte:

- Traumi facciali di diversa gravità ed estensione (con o senza fratture ossee dello splancnocranio), senza condizioni di “emergenza assoluta” come sopra descritte
- Infezioni purulente dell'orecchio con interessamento mastoideo ed extramastoideo (otomastoiditi “in primis”)
- Rinosinusiti acute complicate (da ascesso/flemmone orbitario, complicanze endocraniche, ecc.)
- Epistassi (in presenza di perdite ematiche rilevanti, ripetute, di difficile o non conseguibile controllo con tecniche conservative “standard”, associate a patologie sistemiche compromettenti i normali processi coagulativi)
- Corpi estranei esofagei

Tra le emergenze “relative” vengono solitamente classificate anche alcune **patologie cosiddette “di funzione”**, per le quali un approccio diagnostico e terapeutico mirato e tempestivo risulta quanto mai opportuno non solo per precisare la diagnosi ma anche per trattare il deficit funzionale acuto e favorire

(spesso in modo decisivo) la “restitutio ad integrum” della funzione. Tra queste ricordiamo:

- Le ipoacusie improvvise (dette anche “blocchi cocleari”), ivi compresi i traumi acustici acuti
- Le sindromi vertiginose acute di entità grave, con importante compromissione delle funzioni vaso-vegetative.
- Lesioni/deficit funzionali del nervo facciale o di altri nervi cranici di recente insorgenza
- Disfagia grave/assoluta

In subordine alle “emergenze” assolute e relative ora elencate, la specialità ORL conta anche innumerevoli condizioni di “urgenza” per lo più differibile e/o di “pseudo-urgenza” e “urgenza soggettiva” (“codici azzurri” “low grade”, “codici verdi”, “codici bianchi”), responsabili in parte dell’affollamento e del conseguente intasamento dei Pronti Soccorso: tra questi, a mero titolo di esempio, ricordiamo i tappi di cerume, le otiti acute e subacute non complicate, le vertigini croniche, le condizioni di instabilità non invalidanti, le faringodinie, le ostruzioni nasali da cause flogistiche/allergiche/disreattive, le rinosinusiti croniche, le flogosi delle prime vie aeree senza complicanza, ecc.

A parziale giustificazione *clinica* del ricorso eccessivamente frequente alle strutture di Pronto Soccorso per patologie “urgenti differibili” o francamente non urgenti in ambito ORL si deve sottolineare che le patologie ORL ora descritte, benchè clinicamente di limitato rilievo e certamente gestibili più opportunamente in altri “asset” assistenziali (Medici di Medicina Generale-MMG, Pediatri di libera scelta, Specialistica Ambulatoriale), corrispondono spesso a sintomatologie fastidiose, comunque facilmente percepite dai pazienti come rilevanti e pertanto richiedenti (talora in buona fede) una valutazione e un trattamento “urgente”.

Diversi studi statistici hanno evidenziato ripetutamente che:

- solo l’1-2% dei pazienti che si sono rivolti ad un Pronto soccorso per problemi ORL emergenti/urgenti sono stati poi effettivamente ricoverati in urgenza
- il 10-15% hanno ricevuto un trattamento specifico ospedaliero, sia pure in via ambulatoriale, con successivo rinvio a domicilio
- in più dell’80-85% dei richiedenti visita (anche se rinviati a domicilio con prescrizioni o indicazioni terapeutiche) non si è riconosciuta alcuna condizione clinico-patologica giustificante l’urgenza di Pronto Soccorso ma solo problematiche comunque gestibili presso il proprio MMG (o Pediatra di libera scelta) o in regime di Medicina Specialistica Ambulatoriale.

Con queste doverose premesse di inquadramento epidemiologico e clinico, si può quindi precisare che le problematiche ORL di reale o presunta urgenza possono oggi

trovare **risposta nelle organizzazioni assistenziali del S.S.N** secondo quattro diverse modalità:

- Consultazione presso il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) o il proprio Pediatra di Libera Scelta, che è certamente qualificato per affrontare le più comuni e semplici problematiche ORL di primo livello. In caso di problematiche ORL realmente emergenti/urgenti, il MMG o il Pediatra di Libera Scelta potrà sempre inviare il paziente direttamente in Pronto Soccorso ovvero allo Specialista Ambulatoriale (generalmente in struttura ospedaliera) con impegnativa S.S.N ad alta priorità (U, B)
- Consultazione Specialistica ORL presso gli Ambulatori S.S.N., per le patologie “differibili” (a condizione che i tempi di attesa non siano eccessivamente lunghi e inaccettabili)
- Ricorso diretto al Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera: il ricorso diretto dovrebbe ovviamente essere limitato ai casi di riconosciuta emergenza o di reale urgenza, per evitare l’ormai consueto e gravemente controproducente abuso nell’utilizzo delle strutture emergenziali per usi impropri e non giustificabili.

Purtroppo, le ben note problematiche di sovraccarico assistenziale e lavorativo che travagliano i MMG e i Pediatri di Libera Scelta (in aggiunta alla frequente incompletezza della copertura di organici) e la frequente lunghezza delle liste di attesa della Specialistica Ambulatoriale Territoriale inducono talora in buona fede, ma spesso scientemente molti cittadini a cercare la scorciatoia del Pronto Soccorso per affrontare e risolvere i propri problemi specialistici.

A questo proposito si deve altresì sottolineare che la “scorciatoia” del ricorso al Pronto Soccorso (in assenza di motivazioni realmente urgenti) – responsabile in gran parte dall’intasamento dei Pronti Soccorsi, spesso non percepito dagli utenti come problema “sociale e “sanitario” - non solo garantisce lo scavalco dei tempi e delle liste di attesa, ma talora anche la anticipazione di accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali (“imaging” in primo luogo) - altrimenti ulteriormente differiti - senza obbligo di pagamento del “ticket” sanitario e quindi a costo “zero”.

Il Pronto Soccorso, a sua volta, potrà risolvere direttamente il problema ORL che gli è stato sottoposto ovvero devolverne la soluzione, in via consulenziale o tramite ricovero, a un reparto di ORL.

- Intervento di uno Specialista ORL, presente nella stessa Struttura Ospedaliera/Universitaria del Pronto Soccorso, secondo diverse modalità che differiscono da Struttura a Struttura. Infatti negli ospedali maggiori l’assistenza specialistica ORL è garantita in servizio attivo 24h/24h su tutti i 365 giorni

dell'anno, con prestazioni di Pronto Soccorso ORL attivabili dal Pronto Soccorso centrale oppure ad accesso diretto con impegnativa SSN con priorità "U" ; in altri ospedali più piccoli o con organizzazione meno articolata l'assistenza urgente ORL è garantita nelle ore diurne da specialisti ORL in servizio attivo, nelle ore notturne e festive da un servizio in pronta disponibilità; in ospedali ancora più piccoli, privi di un proprio Reparto ORL, l'assistenza specialistica ORL è infine garantita da consulenza in pronta disponibilità o da invio del paziente presso centri superiori di riferimento.

Allo stato attuale, tuttavia, questa organizzazione assistenziale – peraltro operante con diversa modalità nelle differenti realtà regionali e provinciali - presenta numerose criticità, in parte comuni a tutte le patologie emergenti/urgenti, in parte proprie della specialità ORL.

Tra queste criticità, certamente aggravate dal recente "tsunami" organizzativo-gestionale correlato alla pandemia Covid-19, possiamo sottolineare a titolo esemplificativo le seguenti:

- Costante stato di criticità dei Pronti Soccorsi nei DEA di I e II livello, sia per carenze di organico non sufficientemente e tempestivamente ripianate, sia per squilibrio quantitativo tra afflusso di pazienti (non tutti con caratteristiche cliniche di "emergenza/urgenza") e risorse medico-infermieristiche disponibili
- Commistione e difficile/impossibile "triage" dei casi realmente "emergenti/urgenti non differibili" (codici rossi, arancioni e azzurri) e casi con bassa/nulla priorità d'urgenza (codici verdi e bianchi)
- Sconvolgimento organizzativo dei Reparti ORL di riferimento (in particolare a causa delle riorganizzazioni da Covid-19) con depauperamento di strutture (riduzione posti letto, contrazione sedute operatorie, fusione di reparti, ecc.) e personale, senza che il superamento delle criticità pandemiche sia stato seguito da un tempestivo ripristino delle condizioni operative e strutturali preesistenti
- Tempi di attesa eccessivamente dilatati per le visite specialistiche ORL ambulatoriali, con liste d'attesa non completamente e non ubiquitariamente accorciate dopo la pandemia.
- Servizi territoriali di Continuità Assistenziale (c.d. "Guardia Medica") notturna e festiva non sempre adeguati, sufficienti ed efficienti, per varie motivazioni
- Frequente difficoltà dell'utenza ad accedere tempestivamente alla assistenza di Medicina Territoriale (MMG, Pediatri di Libera Scelta) per carenze di organico, sovraccarico di lavoro, limitazioni nelle possibilità di comunicazione con i Sanitari preposti (anche in questo caso, la pandemia Covid-19 ha giocato un ruolo fortemente negativo)

- Diffusione culturale non uniforme e talora incompleta delle nozioni base della specialità ORL presso i MMG e i Pediatri di Libera Scelta, con invio a prestazione ambulatoriale urgente o di Pronto Soccorso molto frequente anche per problematiche specialistiche semplici che potrebbero trovare soluzione già a livello di Medicina Territoriale.
- Mancanza e/o inadeguatezza dei protocolli e delle Flow Chart operative per le più comuni e frequenti urgenze specialistiche ORL, sia presso i Pronti Soccorsi, sia presso la Medicina Territoriale, sia presso le Guardie Mediche.
- Limitate conoscenze delle tecniche e delle indicazioni alla “piccola chirurgia” generale e specialistica presso le strutture di Medicina Territoriale, che ormai viene eseguita con regolarità e in prima istanza solo da un ristretto numero di MMG e di Pediatri di Libera Scelta.
- Gravi ed irrisolte problematiche nella percezione e nella copertura degli aspetti di ordine medico-legale e giuridico per le attività di Pronto Soccorso e di Emergenza/urgenza a tutti i livelli (MMG, Pediatra di Libera Scelta, Specialista Ambulatoriale, Medico di PS, Specialista Ospedaliero), causa di forte preoccupazione ed ansia emotiva in tutto il Personale Sanitario (Medico, Infermieristico e Tecnico)
- Cultura sanitaria distorta a livello di utenza sanitaria, con diffusa concezione nel cittadino che molte problematiche possano essere risolte più facilmente, più compiutamente, più rapidamente e, spesso, in modo economicamente più vantaggioso (senza ticket) rivolgendosi direttamente al Pronto Soccorso o alle strutture ospedaliere.

Ovviamente, ciascuno dei punti di criticità ora elencati meriterebbe una trattazione più esauriente ed approfondita, che non è tuttavia consentita in questa sede nei limitati spazi concessi.

Quali correttivi possono essere allora considerati per migliorare ed implementare qualità, efficacia ed efficienza dei servizi assistenziali di emergenza/urgenza in ambito ORL? Ecco alcuni esempi, suscettibili di meditazione e confronto con il “management” politico e amministrativo:

- 1) Adeguata e tempestiva copertura degli organici sia presso la Medicina Territoriale, sia presso i Pronti Soccorso, sia presso i Reparti Specialistici ORL
- 2) Formulazione e condivisione di protocolli e “Linee Guida” aggiornate, snelli ma funzionali, per la gestione delle Emergenze/Urgenze ORL ai vari livelli (con particolare attenzione al principio di “chi fa cosa” e alla interscambiabilità dei ruoli in caso di necessità)
- 3) Implementazione della cultura specialistica ORL di base presso gli MMG, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Pronto Soccorso, con incontri di

formazione specifica e “training” presso Reparti Specialistici ORL sia durante gli studi delle diverse Scuole di Specialità, sia durante i Corsi di Formazione per MMG (organizzati e gestiti direttamente da diverse Regioni/SSR e in procinto di essere riconosciuti come vere e proprie Scuole di Specializzazione), sia per i Medici di Pronto Soccorso di più recente assunzione.

- 4) Sdoppiamento (almeno nelle ore diurne) delle strutture e delle attività di Pronto Soccorso, con mantenimento di un Pronto Soccorso effettivo per Emergenze/Urgenze “vere” (codici rossi, arancioni e azzurri “High Grade”) e un Pronto Soccorso di Base, gestito da MMG, Specializzandi di Specialità Cliniche Mediche e Chirurgiche, Medici in Formazione dei Corsi di Medicina Territoriale, Medici Pensionati, ecc., cui delegare i casi in codice verde, bianco o azzurro “Low Grade”.
- 5) Definizione univoca degli aspetti Medico-Legali e Giuridici che le Leggi Balduzzi e Gelli-Bianco hanno cercato, con scarso successo, di precisare al fine di garantire anche al personale dell’Emergenza – particolarmente gravato di incognite e rischi in considerazione del tipo di attività svolta – una maggiore serenità e una modalità di lavoro più produttiva e meno stressante.
- 6) Valutare, anche alla luce delle possibilità offerte dal PNRR per la Salute, l’implementazione e l’applicazione pratica di tecniche di TeleMedicina Clinica, in stretta correlazione tra Medici della Medicina Territoriale, Medici di Pronto Soccorso e Specialisti ORL delle strutture ospedaliere, per garantire possibilità di consulenza specialistica rapida e qualificata oggi non disponibili se non per invio fisico diretto del paziente allo Specialista.
- 7) Attivazione di forme aggiornate di Educazione Sanitaria per il Cittadino, al fine di associare al miglioramento della organizzazione assistenziale del SSN anche un più corretto, oculato e consapevole utilizzo delle diverse risorse della rete sanitaria da parte dell’utenza e un minor abuso dell’organizzazione emergenziale per risolvere problematiche non urgenti.

Certamente c’è molto da fare anche in questo campo, ma se vogliamo che il S.S.N e i rispettivi S.S.R. possano continuare ad elargire il loro prezioso, meritorio ed insostituibile servizio assistenziale “universalistico” a tutta la popolazione, un aggiornamento e una ripianificazione organizzativa del sistema di emergenza/urgenza, generale e specialistica (anche ORL), è ormai indifferibile.

Bibliografia selezionata:

- 1) Fois V., Villari G.: Urgenze ed emergenze in ORL. – Quaderni di Aggiornamento AOOI (4) - Torgraf , Galatina (LE), 2001
- 2) Gallo A, Moi R., Minni A et al: Otorhinolaryngology emergency unit care: the experience of a large university hospital in Italy.
- 3) Bleach NR, Williamson PA, Mady SMH: Emergency workload in otolaryngology. - Ann R Coll Surg Engl 76: 335-338, 1994
- 4) Raj A, Wadhwa V, Jain A: Epidemiological profile of ENT Emergencies: Our experience. – Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 71, S301-S304, 2019
- 5) Carré F, Leboulanger N, Thierry B et al: Impact of COVID-19 lockdown on a tertiary center pediatric otolaryngology emergency department. - Eur J Pediatr 181, 647-652, 2022
- 6) Elli F, Turri-Zanoni M, Arosio AD et al: Changes in the use of Otorhinolaryngology Emergency Department during the COVID-19 pandemic: report from Lombardy, Italy. – Eur Arch Otorhinolaryngol 277, 3525-3528, 2020
- 7) Lipton G, Stewart M, Mc Dermid R et al: Multispecialty tracheostomy experience. – An R Coll surg engl 102, 343-347, 2020
- 8) Heining CJ, Amlani A, Doshi J: Ambulatory Management of common ENT emergencies: What’s the evidence? – J Laryngol Otol 135, 191-195, 2021
- 9) Fisher E, Youngs R, Hussain M et al: Training for emergencies, endoscopic ear surgery and post-tonsillectomy complications: beware “scary” otolaryngology. – J Laryngol Otol 131, 95, 2017
- 10) Zughni LA, Gillespie AI, Hatcher JL et al.: Telemedicine and the Interdisciplinary Clinic Model: During the Covid-19 Pandemic and beyond. – Otolaryngol Head Neck Surg 163, 673-675, 2020
- 11) Manning LA, Gillespie CM: Health and Telemedicine in Otolaryngology: Risks and Rewards - Otolaryngol Clin N Am 55, 145–151, 2022.
- 12) Bonacci T: Emergenza-Urgenza. Puntare su valorizzazione dei servizi e sostenibilità del sistema. – www.quotidianosanita.it , 22/6/2023 – id. 114913

DM 77

LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE E DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Diego Foschi

Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi

Non vi è dubbio che l'assistenza sanitaria sul territorio italiano sia da lungo tempo inadeguata come effetto della mancanza di cura e d'investimenti, a fronte di necessità e richieste sempre più articolate e complesse. Un ridisegno del Sistema è stato tratteggiato dal Decreto/77 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" entrato in vigore nel luglio dello scorso anno in ottemperanza a quanto disposto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6-c1.

Il primo punto, e anche quello più qualificante della Missione 6-PNRR, è rappresentato dalla creazione di una struttura assistenziale "forte" che consideri la casa come primo luogo di cura (a ciò sono destinati 4 miliardi), il secondo è la creazione di strutture periferiche (è di moda dire di prossimità) per la presa in carico delle persone, le cosiddette "Case di Comunità" (stanziamento di 2 miliardi) e infine il rafforzamento delle strutture intermedie, gli ospedali di comunità, con uno stanziamento di un miliardo.

È evidente che questo modello non ha nessun aggancio con la situazione attualmente esistente in Italia, perché il nucleo dell'assistenza non si basa su equipe polispecialistiche come quelle descritte per le case di comunità, né sulla disponibilità di mezzi diagnostici sofisticati e delle relative competenze professionali. E non parliamo delle strutture intermedie che al momento sono appendici ospedaliere e non strutture di rete a disposizione della medicina territoriale. E' anche interessante notare che nel testo del PNRR il ruolo del MMG non è neppure descritto (e anche nel DM77 è abbastanza marginale, considerando che gli studi-ambulatori di loro pertinenza sono considerati marginalmente assimilabili a strutture "spoke" di comunità (!?): Infine, e non è poco, gran parte del miglioramento dell'efficienza della rete territoriale si basa sul presupposto di un'ampia adozione degli strumenti digitali e informatici da parte del sistema; ma l'interlocuzione necessariamente deve avvenire non solo tra gli specialisti e i MMG ma anche con i pazienti ed è noto che la competenza della popolazione italiana in questo campo è assai modesta soprattutto nelle fasce di età avanzate che maggiormente ricorrono alle cure. Queste considerazioni sono fondamentali per comprendere quanto potrà essere difficile questo processo di trasformazione, ma meglio sarebbe definirlo di "fondazione" della rete territoriale per l'assistenza primaria.

Allo stato attuale, i percorsi assistenziali a disposizione delle persone partono dal domicilio e per tappe intermedie, in relazione alle necessità, passano attraverso le strutture dedicate al percorso diagnostico-assistenziale per terminare in relazione alla

complessità del caso clinico nel setting più adeguato alla prestazione delle cure, molto spesso l'ospedale per una reale o sospetta riacutizzazione di patologie croniche.

Nella figura 1 è descritto il percorso attuale del paziente all'interno del sistema e le trasformazioni previste dal DM77.



Figura 1. In rosso le strutture assistenziali previste dal DM77 e quelle che già svolgono una funzione definita, in blu quelle che dovranno essere oggetto di trasformazione. Oggi, la casa non è una struttura di cura e gli ambulatori polispecialistici non hanno la dignità prevista per le case di comunità. Del pari esistono reparti per pazienti subacuti annessi agli ospedali, ma in genere non ricevono dal territorio ma dalle strutture di cura. L'attivazione delle cure domiciliari e di quelle palliative è problematica e l'accesso agli Hospice avviene praticamente dalla rete ospedaliera e non dal territorio.

Il processo d'interconnessione digitale fra i diversi attori è condizionato dalla strutturazione di una rete che attualmente non ha sufficienti caratteristiche di facilità d'accesso e garanzie di tutela della privacy. L'elemento di coesione principale dovrebbe essere rappresentato dal fascicolo sanitario elettronico, ancora poco diffuso a livello d'utenza.

I modelli di telemedicina sono al momento del tutto embrionali e non sembrano garantire un'adeguata amplificazione delle potenzialità assistenziali. La gestione dei dati epidemiologici da parte del Dipartimento di Prevenzione e la capacità di coordinamento della Centrale Operativa Territoriale, due momenti fondamentali per il funzionamento dell'intero sistema, sembrano difficilmente raggiungibili in questo contesto.

La casa del paziente come sede delle cure dovrebbe essere ridefinita nelle sue caratteristiche minime irrinunciabili per avere una sua piena inclusione nella rete territoriale. Perché vi possa essere una reale capacità di erogazione delle prestazioni è necessario che sia garantita la sua capacità d'interconnessione digitale, sia in termini di dotazioni strutturali sia in termini di competenze degli assistiti. In assenza di entrambi questi requisiti, il domicilio come luogo di cura rischia di essere fortemente a rischio d'inadeguatezza.

La Casa di Comunità

La Casa di Comunità (CdC) è il centro operativo dei servizi assistenziali territoriali e garantisce l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale per la presenza di un'equipe multidisciplinare e per la sua connessione con le strutture operative utili alla realizzazione di una medicina d'iniziativa. È prevista una CdC ogni 50.000 abitanti e quindi mediamente 2 per distretto, visto che quest'ultimo è tarato su una popolazione di 100.000 abitanti. Complessivamente il PNRR prevede 1.288 Cdc (ma i distretti sono 711), in parte di nuova istituzione in parte per ristrutturazione dei centri poliambulatoriali già in essere, con un costo stimato di 2 miliardi di euro.

Alla CdC afferiscono medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Specialisti, Psicologi, Assistenti Sociali, infermieri, personale di supporto amministrativo. Se si calcolasse la presenza dei MMG nella proporzione di 1 ogni 1.500 assistiti, ci troveremmo con un riferimento di 30 medici, 10 infermieri e altre 5-8 unità amministrative e sociosanitarie. È prevista la presenza del personale infermieristico per 12 ore e quello medico in continuità assistenziale h.24.

La CdC come punto unico di accesso ai servizi sanitari implica la costituzione di un'equipe multidisciplinare e prevede una dotazione di strumenti diagnostici (ecografo, ECG, retinografo, spirometro, etc.) e di telemedicina adeguati. Allo stato attuale, le CdC con queste caratteristiche non esistono e la loro attivazione per riconversione dei poliambulatori appare più che altro un'operazione di puro trasformismo. In più non è garantita la disponibilità del personale, soprattutto di quello infermieristico, e non è prevedibile la conversione contrattuale dei MMG che il provvedimento richiede. In ogni caso il ruolo della CdC rimane centrale, intorno ad essa ruotano MMG, specialisti, infermieri e anche infermieri di famiglia, Unità di continuità assistenziale, aggregazioni funzionali territoriali, unità di cure primarie, consultori, centri psicosociali e le attività delle cure palliative: la mancata o incompleta attivazione delle Cdc porterà ad un malfunzionamento dell'intero sistema di cure.

Le Farmacie

Alle farmacie vengono attribuiti oltre che i compiti istituzionali anche attività diagnostiche e cliniche, specie nel campo delle vaccinazioni, che sono già state sperimentate con successo durante il periodo COVID. Possiamo rammaricarci che vi

sia una sostituzione di ruolo, che un tempo non ci sarebbe parsa accettabile: ma a mali estremi, estremi rimedi. La validità di un coinvolgimento di questo tipo al di fuori del contesto emergenziale meriterebbe, però, una sorveglianza protratta nel tempo per una verifica di efficacia e di sicurezza.

Strutture intermedie : l'Ospedale di Comunità

È previsto un Ospedale di Comunità, mediamente con 20 letti, ogni 100.000 abitanti. La dotazione di personale prevede la presenza di un medico, 9 infermieri, 4-6 operatori sociosanitari, con orari differenziati. Il medico è previsto per 4,5 ore al giorno ma solo 6 giorni su sette. In sua assenza vale la copertura garantita dal servizio di continuità assistenziale; a noi pare che, trattandosi di una struttura di cura isolata, vi sia un forte limite alla sicurezza dei pazienti. Di fatto è prevista la presenza di ogni tipo di malati e anche nelle fasce di età estreme, nelle condizioni della maggiore fragilità. È lecito avere dubbi sulla validità di questo assetto. È auspicabile che l'Ospedale di Comunità venga aggregato a strutture di cura già esistenti e dotate di un'organizzazione che garantisca la copertura delle urgenze. Il compito principale dell'Ospedale di Comunità non è solo quello di garantire il proseguimento delle cure per pazienti che hanno superato la fase acuta, hanno una bassa complessità assistenziale e meritano di completare il trattamento prima del reinserimento domiciliare. I fondi previsti dal PNRR sono dedicati alla costruzione di 381 Ospedali di Comunità; poiché i distretti sono oltre 700, se ne deve dedurre che le strutture esistenti e annesse agli ospedali verranno scorporate; è auspicabile che la perdita dei letti ospedalieri che così si verrà a realizzare venga opportunamente compensata, per non aggravare lo squilibrio esistente.

Una considerazione finale riguarda il personale infermieristico, se consideriamo gli organici previsti per CdC e Ospedali di comunità possiamo renderci conto che il 90% circa degli operatori sanitari previsti per i 100.000 abitanti del distretto sarà impiegato in queste strutture e sorge spontaneo il quesito se saranno sufficienti e se vi sarà la riserva per dotare di personale tutte le altre strutture sanitarie previste.

La Telemedicina e la Centrale Operativa Territoriale

Il quadro generale dell'assistenza territoriale si completa con alcune altre strutture che sono fondamentali per realizzare il disegno organizzativo previsto. Un investimento assai rilevante è previsto nel campo della telemedicina, in cui il processo è al palo sia per l'obsolescenza e la disomogeneità delle dotazioni, sia per la scarsa cultura digitale della popolazione degli utenti sia per l'intrinseca difficoltà di trattamento dei dati sensibili.

Un ruolo significativo è quello esercitato dalle Centrali Operative Territoriali (COT) che in numero pari a quello dei distretti, sono chiamate a coordinare gli interventi dei nodi della rete assistenziale, regolando la presa in carico dei soggetti, la transizione fra i diversi setting assistenziali e nel caso di ricovero ospedaliero la

ricollocazione al domicilio sotto tutela assistenziale. In questo contesto, che non è dedicato all'urgenza ma piuttosto alla cronicità, non è chiara la modalità di attivazione della procedura della presa in carico dei malati e soprattutto la modalità di accesso di coloro che ritenessero di ricorrere al COT.

Il COT si raccorda alla Centrale Operativa 116-117 (NEA, numero europeo armonizzato) che in ragione di uno ogni 1-2 milioni di abitanti è deputato al servizio telefonico di continuità assistenziale per le cure non urgenti. Si tratta di un servizio gratuito, h 24, sette giorni su sette, che su chiamata diretta stabilisce un contatto utile alla definizione e alle cure di ogni singolo richiedente. È molto probabile che per il ricorso ad uno strumento tradizionale come quello telefonico, questo servizio possa essere scarsamente efficace o saturarsi molto rapidamente.

Conclusioni

Sulla base delle esigenze sanitarie emerse in questa fase di ristrutturazione della rete assistenziale territoriale è facile pensare che le norme proposte dal DM77 difficilmente potranno modificare la situazione in cui attualmente versiamo.

I pilastri della riforma sono:

- La digitalizzazione, come strumento gestionale e clinico, ma la transizione verso questo tipo di modello necessita di una cultura "digitale" che nel nostro paese è ancora poco diffusa.
- Le Case di Comunità che implicano un'organizzazione differente delle modalità di cooperazione dei sanitari e di presa in carico dei pazienti, che vengono ad essere assistiti non da un singolo medico ma da un'equipe polispecialistica. Allo stato attuale siamo di fronte ad un processo largamente nominale, perché la realtà strutturale e organizzativa non è per nulla cambiata. Esse non sono riuscite a soppiantare gli ambulatori dei MMG che sono rimasti il punto di riferimento per la popolazione.
- Gli Ospedali di Comunità che già esistono perché corrispondono ai reparti di cure subacute annessi agli stabilimenti di cura e sono stati già dedicati al prolungamento dei ricoveri in uscita dei pazienti destinati alla dimissione al domicilio. In linea teorica questa dotazione dovrebbe essere a disposizione anche per l'ingresso nel percorso di cura per i pazienti a bassa complessità provenienti dal territorio per malattie croniche. In tal caso si realizzerà una perdita reale della dotazione dei letti d'ospedale che dovrà essere assolutamente compensata.

In sostanza si tratta di promesse non di realizzazioni. Cos'altro manca?

L'integrazione fra Ospedale e Strutture Territoriali nel garantire la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale: in queste condizioni difficilmente vi sarà un miglioramento della qualità delle cure. Se poi l'idea era che una maggiore efficienza della medicina territoriale fosse in grado di ridurre la pressione sull'ospedale per casi acuti o riacutizzati, possiamo stare certi che otterremo scarsi miglioramenti della situazione.