

## La sanità territoriale nel post-Covid

La pandemia ha messo in evidenza varie criticità nell'assistenza medica territoriale, con conseguente sovraccarico lavorativo del Pronto Soccorso Ospedaliero e inevitabile riorganizzazione dei Reparti di degenza. La necessità di creare Reparti esclusivamente Covid ha comportato una notevole riduzione dei posti letto devoluti alle abituali patologie mediche e chirurgiche, con inevitabili disguidi organizzativi e pesanti disagi per la popolazione.

Prima della epidemia e tuttora sono operanti a livello territoriale: i Distretti, in alcune zone le UCCP (Unità Complesse per le Cure Primarie) e le AFT (Associazioni Funzionali Territoriali); varie Strutture deputate alle cure intermedie; pochi Hospice e numerose RSA (Residenze Sanitarie Assistite).

Il Distretto è la struttura portante delle attività sanitarie, socio-sanitarie, sociali, riabilitative, amministrative della zona territoriale di pertinenza. L'attività distrettuale si esplica a livelli ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semi-residenziale. In ambito di Distretto, oltre a quella tradizionale del Medico di Famiglia (MMG), si prevedono altre tipologie di lavoro: le UCCP che oltre ai MMG coinvolgono varie figure professionali (non necessariamente mediche), onde garantire l'assistenza sanitaria primaria; le AFT sono un a forma di collaborazione e cooperazione di gruppi di MMG, PLS (Pediatri di libera scelta) e Specialisti ambulatoriali che garantiscono l'assistenza medica continuativa dalle 8 alle 20 dei giorni feriali. Il numero e la ubicazione di queste due forme di attività sanitaria sono quanto mai varie; alcune zone ne sono sprovviste, altre ne hanno un numero irrilevante. Fondamentali per l'assistenza ai pazienti dimessi dall'Ospedale e in condizioni di non poter rientrare al

domicilio sono le Strutture Intermedie (nel territorio fiorentino per es.: Villa delle Terme, I Glicini, Don Gnocchi). Si tratta di Istituzioni private convenzionate, con un organico medico dedicato, assistenza infermieristica qualificata e dotazioni strumentali adeguate. A tutt'oggi il ruolo di queste Strutture nel percorso ospedale-domicilio è fondamentale, quasi esclusivo.

In alcune Regioni sono state realizzate le Case della Salute (v. Piano sanitario nazionale 2003-05; accordo Stato-Regioni 2006), in cui si concentrano risorse umane (MMG, PLS, Specialisti, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi) e dotazioni strumentali (Radiologia, ecografia, elettrocardiografia ecc..) al fine di garantire cura e assistenza primarie, limitando quindi il ricovero ospedaliero incongruo. Vi si persegue la "presa in carico globale della persona", la continuità assistenziale ospedale-territorio, l'integrazione tra assistenze sanitaria e sociale; vi si propugna la "Medicina di iniziativa" (l'organizzazione va verso il malato) rispetto alla "Medicina di attesa" (in cui l'iniziativa parte dal malato). Inoltre si promuove il passaggio da "sanità" a "promozione della salute", il che significa prevenzione, controlli programmati, riabilitazione, adozione del "chronic care model" per la gestione della cronicità e disabilità. La Casa della Salute ha una sede unica (locali del Distretto, strutture ospedaliere dismesse etc..), opera dalle 8:00 alle 20:00 mentre notti, prefestivi e festivi sono a cura del Servizio di Continuità Assistenziale. La gestione della Struttura è dei MMG; esiste un Direttore che vigila sulla sicurezza generale e sul buon funzionamento della Struttura. La parte assistenziale e socio-sanitaria, anche a livello direzionale, è di pertinenza infermieristica.

Nel 1997 è entrato a far parte dei Servizi Territoriali l'Ospedale di Comunità (ODC), struttura intermedia tra l'Ospedale e il domicilio; la gestione è affidata ai MMG i quali

seguono il loro paziente durante la degenza con almeno due presenze settimanali ciascuno. Oltre ai MMG operano Infermieri e OSS (Operatori Socio-Sanitari) in numero adeguato date le peculiarità della degenza. Il primo ODC è stato istituito a Foiano della Chiana nel 1997, quello di Camerata risale al 1999. La capienza è generalmente di 20 posti letto, la degenza media di 15 giorni. I ricoverati provengono in primis dall'Ospedale Generale, ma anche dai MMG, Centri di Riabilitazione, RSA. Particolare cura viene posta al problema della cronicità ed a quello socio-sanitario in senso lato, nel quale il "prendersi cura" è prevalente rispetto alla pura e semplice "cura".

Pur con questa organizzazione extra ospedaliera apparentemente ben articolata e funzionale, la Medicina territoriale ha dovuto far fronte alla pandemia Covid in condizioni di ovvia impreparazione, senza direttive Ministeriali e Regionali, in mancanza di presidi di protezione personale (ne è testimonianza l'elevato numero dei decessi tra i MMG), senza alternative al ricovero ospedaliero.

Alla luce di quanto sopra, si comprende la necessità di una revisione dell'esistente, redistribuzione di competenze e mansioni, realizzazione di nuove strutture, definizione di una nuova politica sanitaria del territorio. Pertanto col contributo determinante del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e quello della Regione Toscana, entro il 2026 è prevista la realizzazione della Centrale Operativa territoriale (COT), della Casa della Comunità (CdC) e la ridefinizione dell'Ospedale di Comunità.

La COT è l'elemento cardine del sistema: è deputata al coordinamento e collegamento dei vari Servizi per garantire continuità di cure e razionale gestione dei pazienti, con particolare riguardo a quelli "fragili" o pluripatologici, assicurando a tutti la continuità assistenziale tra l'Ospedale e i vari presidi territoriali. Alla Centrale, oltre a quelle

ospedaliere, pervengono richieste dal 118, MMG, Specialisti, care giver di famiglia. Viene quindi operato lo smistamento e il collocamento dei pazienti nelle sedi elettive: Domicilio, Strutture residenziali, Ospedali di Comunità, Casa della Comunità, Hospice (per i malati terminali), RSA. A domicilio si prevede l'assistenza domiciliare integrata (ADI) ripartita in 1°,2°,3° livello a seconda della complessità clinica e del conseguente necessario intervento di più figure professionali. Altra funzione importante della COT è il controllo e monitoraggio dei pazienti mediante la telemedicina: la Centrale è dotata di mezzi tecnologici e informatici che permettono il controllo da remoto dei dispositivi forniti al paziente per la rilevazione dei parametri vitali nonché delle turbe del ritmo cardiaco. Si dischiude così un inedito e vasto orizzonte sia diagnostico che terapeutico.

La Casa della Comunità è una forma riveduta della Casa della Salute in quanto vien dato largo spazio al trattamento della cronicità, al socio-sanitario, a prevenzione ed educazione sanitaria. La gestione è dei MMG coadiuvati dal personale infermieristico e amministrativo. Per l'Ospedale di Comunità non risultano variazioni di programmi e organizzazione rispetto all'attuale modello, gestito dai MMG e dai Medici della Continuità Assistenziale. Tuttora non sono realizzati COT né Case della Comunità né nuovi Ospedali di Comunità. Come sopra ricordato, queste opere dovrebbero essere realizzate entro il 2026 grazie al PNRR e al contributo economico regionale.

Marco Ricca

---