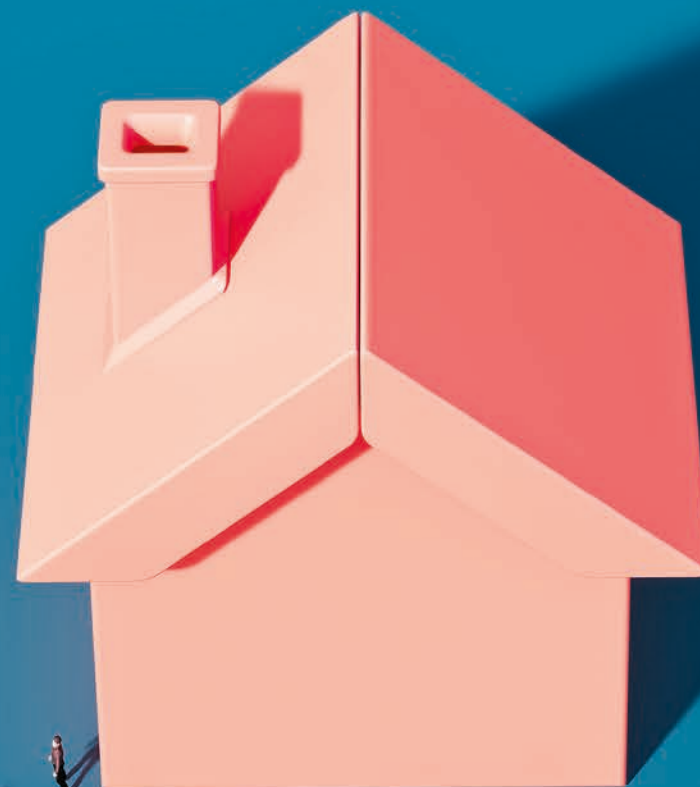


La sanità della porta accanto

di Giulia Cananzi

È in corso una rivoluzione della sanità territoriale che potrebbe essere una svolta epocale sia per agevolare l'accesso alle cure che per creare un'assistenza su misura per malati cronici e persone non autosufficienti. Una svolta che però ha bisogno di cittadini capaci di sorvegliarne l'attuazione nel proprio territorio.



Sarebbe un sogno se un giorno, messi di fronte al peggioramento delle condizioni di salute o di autonomia di un genitore anziano, invece di improvvisare una risposta, come succede oggi, potessimo avere un punto di riferimento qualificato, in grado di prendersi in carico il nostro congiunto e costruire insieme a noi un percorso di cura e di assistenza su misura. Sarebbe altrettanto importante se, in caso di una malattia complessa, non avessimo di fronte solo una lista infinita di esami e visite specialistiche, ma potessimo contare su un sanitario che si prendesse la responsabilità di tirare le somme, guidandoci nella diagnosi e nella cura. Situazioni cruciali, in cui di fatto, invece, spesso siamo soli. Per questo è importante conoscere i contorni di una novità in campo sanitario: una riforma in corso, tagliata proprio su questi bisogni, per capire se ha i numeri per diventare una rivoluzione socio-assistenziale.

Più che di una riforma, si tratta di un pacchetto di riforme e di investimenti per potenziare l'assistenza sanitaria territoriale e ammodernare strutture e tecnologie del Servizio Sanitario Nazionale; un pacchetto previsto e finanziato dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e attuato e disciplinato dal DM 77/2022 del go-

verno Draghi. In sostanza, i cambiamenti ridisegnano l'accesso alle cure del Servizio Sanitario Nazionale e la presa in carico delle persone con problematiche socio-sanitarie complesse.

Una sanità vicina

L'idea rivoluzionaria alla base è quella di creare un'assistenza vicina agli utenti, complementare al medico di base e all'ospedale, che raccolga e coordini anche tutti i servizi socio-assistenziali presenti in un territorio, come i vari tipi di assistenza domiciliare, che oggi sono spezzettati e non comunicanti tra di loro.

L'obiettivo di questa riforma è figlio dell'esperienza del covid, che ha dimostrato quanto sia fondamentale evitare la congestione degli ospedali, creando un'assistenza «vicina», più coordinata ed efficiente, accessibile anche 7 giorni su 7 nell'arco delle 24 ore. Ma la riforma è anche il risultato di una scelta socio-sanitaria strategica per venire incontro a una popolazione sempre più anziana e con bisogni di varia natura.

Il perno di questa rivoluzione è un nuovo presidio, che copre tutto il territorio nazionale e che si chiama Casa della Comunità. Si tratta di un hub in cui collaborano vari professionisti sanitari e socio-sanitari e in cui sono presenti svariati servizi: oltre alla costante presenza di un medico (24 ore su 24 per le Case della Comunità hub e 12 per le più piccole e minoritarie Case della Comunità spike), la struttura prevede un punto unico di accesso, servizi di specialistica ambulatoriale per le malattie più diffuse, come per esempio quelle cardiovascolari o il diabete, servizi infermieristici, un Cup per prenotare visite ed esami, un centro prelievi. Tra i servizi facoltativi o consigliabili ci sono poi il consultorio, i servizi per i minori, il centro vaccinale, i programmi di screening, i servizi per la salute mentale e le dipendenze, la medicina dello sport e il volontariato.



«Finalmente chi scopre di avere un problema di salute o ha a che fare con un malato che ha bisogno di cure continuative sa dove andare per avere informazioni e, almeno sulla carta, anche per ricevere un'assistenza socio-sanitaria personalizzata e multidimensionale – commenta Tiziano Vecchiato, presidente della Fondazione Zancan ed esperto di sanità e welfare –. Dovrebbe essere un aiuto concreto per alleviare la solitudine delle famiglie, i rimpalli di responsabilità, ma anche per arrivare prima a una diagnosi che può salvare la vita».

Una riforma a metà

Vecchiato usa il condizionale non a caso. Al 30 giugno 2026, il primo obiettivo, quello fissato dal PNRR, è stato centrato: le Case della Comunità censite nel territorio nazionale erano 1.224, 186 in più rispetto al target minimo previsto di 1.038. Una buona notizia senza dubbio. Tuttavia, il problema è che la maggioranza di queste Case erano e sono in buona parte gusci semivuoti, lontani dagli standard previsti dal DM 77/2022; in maggioranza non hanno ancora integrato i servizi socio-sanitari, ma soprattutto

non dispongono di personale sufficiente e delle tecnologie e delle strumentazioni di base previste dalla riforma, che tra i suoi perni annovera anche la telemedicina, i fascicoli sanitari digitali costantemente aggiornati e alcuni fondamentali macchinari di diagnostica. In una regione come il Veneto, tra le più all'avanguardia in ambito sanitario, è lo stesso Consiglio Regionale a registrare questa incompiutezza: «Sul piano attuativo – scrive nella relazione informativa – a fronte di 64 strutture con almeno un servizio attivo, solo 3 risultano pienamente conformi al DM 77/2022». Un'ammissione che porta Vecchiato ad affermare che «per ora, in gran parte dei casi, non sono ancora Case della Comunità, ma edifici destinati ad ospitarle».

Il fatto che siamo all'inizio di una rivoluzione sanitaria e assistenziale più che scoraggiarci dovrebbe stimolarci a vegliare su un'ineffettiva attuazione della riforma, perché l'accesso alla salute non è un regalo, tantomeno un lusso, ma è un diritto sancito dalla Costituzione. Tra le buone notizie c'è che il nuovo assetto dell'assistenza sanitaria territoriale, delineata dal DM 77/2022, è una vittoria per chi da sempre lotta per una sanità



MIDORAG IGJATOVIC / GETTY IMAGES

Zoom

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è l'altro presidio territoriale previsto dal PNRR e attuato dal DM 77/2022. Non si tratta di una struttura nuova: è stato introdotto nel Sistema Sanitario italiano dal «Piano Sanitario Nazionale 2006-2008», ma è stato più volte sistematizzato da diverse norme nel corso degli anni. Si sono diffusi soprattutto al Nord e in particolare nel Nord-Est. Nel contesto del PNRR, l'Ospedale di Comunità diventa un presidio il cui ruolo è meglio definito, integrandolo all'interno del nuovo sistema territoriale, assieme alle Case della Comunità e agli altri presidi minori. Ha una ventina di posti letto e presta un tipo di assistenza prevalentemente infermieristico. È una struttura di ricovero temporaneo per persone che non possono ancora essere assistite a casa, per esempio dopo un ricovero, dopo un'operazione che necessita di riabilitazione o in seguito all'acuirsi temporaneo di una malattia cronica. «Nel passato è stata una struttura spesso autoreferenziale, burocratica e poco efficiente – afferma Tiziano Vecchiato, esperto di sanità –, usata sovente come deposito per liberare i posti letto degli ospedali. Adesso dovrebbe diventare un presidio più collegato ai bisogni della popolazione, garantendo una risposta più sostenibile ed efficace, specie per i più fragili».

più equa e accessibile – associazioni, centri studio, addetti ai lavori –, e che ha spinto moltissimo nei decenni perché la riforma prendesse questa piega. «Se ne parlava da almeno venticinque anni e ha avuto delle tappe intermedie: dal D.Lgs. 229/1999 di riforma sanitaria e dal piano Veronesi finalizzato a realizzare l'ospedale e il distretto socio-sanitario del futuro, fino alle Case della Salute introdotte con la legge finanziaria 2007, di cui le Case della Comunità sono l'evoluzione», rimarca Vecchiato.

Come funzioneranno le Case della Comunità

Un'anteprima, seppur incompleta, di questa riforma è la medicina di gruppo integrata, presente soprattutto in Veneto, Emilia-Romagna e in alcune altre regioni del Nord, che consente a più medici di medicina generale di condividere la stessa sede e alcuni servizi: «Il poliambulatorio è aperto fino alle 20.00, anche se il mio medico non c'è – afferma Emanuela, impiegata -. Questo

mi consente di andare in segreteria a prendermi una ricetta in qualsiasi momento della giornata, accedere all'infermeria per un'iniezione o una medicazione, trovare un medico del gruppo per una sospetta bronchite. Una volta addirittura mi hanno fatto un elettrocardiogramma d'urgenza, seduta stante. Un servizio così mi ha aiutato a trovare soluzioni in modo semplice, diretto e accessibile, evitando l'ospedale».

Ma vediamo come dovrebbe funzionare una Casa della Comunità che operi a pieno regime. «Dovrebbe essere per il cittadino la porta d'ingresso al sistema sanitario e socio-sanitario territoriale – spiega Vecchiato -. Il suo compito primario è governare la domanda dei cittadini e orientarli verso le risposte più appropriate ai loro bisogni. Per questo, secondo il DM 77, dovrà essere presente un Punto unico di accesso, che raccoglie tale bisogno. La richiesta di cura raccolta verrà poi valutata da un'équipe multidisciplinare composta da medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri di famiglia, assistenti sociali, in raccordo con la Centrale operativa territoriale (COT) che coordina i passaggi tra ospedale, domicilio e strutture intermedie».

La vera chiave di volta è l'approccio, che non si basa più sulla prestazione, cioè sul puntare l'attenzione solo sull'organo malato, ma ritorna a considerare la persona nel suo insieme, soprattutto quando ci sono più malattie o più situazioni di disagio. Non a caso, a guidare la risposta alle singole richieste degli utenti è previsto il Piano Assistenziale Individuale (PAI), «che sarà efficace – dice Vecchiato – solo se rimarrà personalizzato e non seguirà la tendenza corrente alla standardizzazione». Per chiarire cosa intende per «personalizzato» spiega: «Non dev'essere fatto solo da un professionista, ma deve coinvolgere la persona e i suoi familiari. E questo per due motivi: per condividere le responsabilità e potenziare i risultati». E continua: «Deve comporre i bisogni con gli obiettivi, deve indicare gli interventi necessari (visite, terapie, aiuti domiciliari, sostegno sociale...), individuando i professionisti e i servizi responsabili dei tempi, dei modi e della valutazione dei risultati. Un PAI così inteso considera la condizione della persona e non solo il sintomo o la patologia. Ci vorrà tempo per arrivare a questo risultato, ma c'è già una minoranza che si muove in tal senso».

Gli scogli da superare

Stabiliti gli obiettivi e le modalità auspicabili, ci sono anche due grossi scogli sulla strada delle Case della Comunità. Il primo è trovare tutti i professionisti che servono in un momento di grande mancanza di medici e personale sanitario, che sta diventando un'emergenza per i medici di famiglia: «Questa situazione è il risultato del fatto che per anni il servizio pubblico è stato considerato più un problema che una risorsa – commenta Vecchiato -. È da qui che nasce una mancanza di programmazione che ha disincentivato molti giovani a lavorare nella sanità pubblica. Non è uno scoglio da poco, tuttavia il DM 77 ha un merito, quello di fissare dei parametri certi, che prima o poi dovranno essere coperti: ogni 3mila abitanti ci dovranno essere 2 medici

di medicina generale e 1 infermiere di famiglia e di comunità. Insomma, ognuno di noi in futuro, oltre al medico di famiglia, avrà anche l'infermiere di riferimento».

Il secondo scoglio è l'acquisto delle attrezzature: ogni Casa della Comunità dovrà fornirsi di apparecchiature di primo livello come elettrocardiografo, ecografo, spirometro e via dicendo, collegate alla telemedicina e al fascicolo sanitario elettronico. Tuttavia, per questo comparto c'è già una dotazione di 235,8 milioni di euro assegnata alle Regioni per le case di Comunità e per la medicina di gruppo: «Ripartiti per quota pro-capite sono circa 4 euro per abitante – continua Vecchiato -. Non è molto, ma non è neppure poco, visto che avere la possibilità di fare subito qualche esame di base, senza dover prenotare chissà dove e chissà quando, facilita la vita».



LUIS ALVAREZ / GETTY IMAGES



THICHA SATAPITANON / GETTY IMAGES

Non è la panacea per risolvere il problema delle liste di attesa e delle persone che rinunciano alle cure, ma può essere una facilitazione: «Il problema della rinuncia alle cure è strutturale – specifica Vecchiato –, perché dipende dall'innalzamento della povertà assoluta che colpisce quasi un italiano su 10 (Istat). Tuttavia, le Case della Comunità potranno incidere nella misura in cui le persone più fragili verranno aidate e orientate a chiedere aiuti efficaci ai servizi sociali e sanitari».

Una sfida da non perdere

Il momento è comunque di svolta, ma il rischio di non mettere abbastanza vento in poppa e perdere una grande opportunità è dietro l'angolo.

La questione, secondo Vecchiato, è innanzitutto culturale: «Oggi domina nella sanità italiana l'atteggiamento prestazionistico. Ovvero, il medico crede di aver fatto il suo lavoro perché ha prescritto l'esame previsto dagli standard per quel problema; il professionista che fa l'esame è convinto di aver fatto il suo mestiere perché ha eseguito l'esame; ma se il paziente torna a casa senza sapere che cure può intraprendere e che risposte riabilitative può avere, a che serve? Abbiamo davvero speso tutti quei soldi in modo produttivo? Se prevale l'approccio prestazionistico, rischiamo di non

farcela, anche se abbiamo le Case della Comunità». Di sicuro sono importanti le dotazioni tecnologiche, ma quello di cui c'è più bisogno, chiosa Vecchiato, «è "l'intelligenza professionale" che non si limita a seguire i protocolli ma costruisce la cura sul singolo caso, senza abuso di esami e medicine, anche se previste dagli standard. Abbiamo la grande possibilità di costruire una sanità di base che può interfacciarsi direttamente con tante specialità, ma se non è utilizzata al meglio, con la giusta integrazione tra le diverse parti, rischia di essere un costo in più invece che una risorsa».

Per cambiare la cultura sanitaria occorre però che anche i cittadini facciano la loro parte, prendendo atto della svolta della sanità italiana e conoscendo tutte le sue potenzialità: «Ogni cittadino dovrebbe accedere alle Case della Comunità per verificare se sono solo gusci vuoti o se si stanno popolando dei servizi e delle professionalità necessarie – conclude Vecchiato –. Se constatano che ancora non è così, devono muoversi, andare da chi di dovere per chiederne conto e pretendere che la riforma davvero si attui nel loro territorio. Siamo ancora in alto mare, ma questa volta vediamo terra. Meglio remare tutti dalla stessa parte per arrivare alla meta».

