

Verso un nuovo modello di medicina territoriale

Nell'esperienza della Strategia nazionale per le aree interne la chiave per una sanità di prossimità

Il tema della medicina territoriale è parte rilevante del Recovery and resilience facility (Rrf), lanciato dall'Unione europea, e si radica con forza nelle strategie del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) che l'Italia ha predisposto per fronteggiare la grave crisi sanitaria, economica e sociale innescata dalla pandemia di covid-19 a partire dai primi mesi del 2020¹.

Guardare al lavoro che le 72 aree pilota della Strategia nazionale per le aree interne (Snai) hanno svolto nel campo della salute – uno dei tre settori oggetto di interesse, insieme a istruzione e mobilità – può essere un modo per capire come rafforzare i profili attuativi di suddette strategie, con particolare riguardo proprio alle missioni del Pnrr, direttamente o indirettamente, dedicate al tema².

Chiamiamo "interne" quelle aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali, e fortemente diversificate per natura e a seguito di secolari processi di antropizzazione. Vive in queste aree circa un quarto della popolazione italiana, in una porzione di territorio che supera il 60 per cento di quello totale e che è organizzata in oltre quattromila comuni³.

Dall'esperienza Snai potrebbero venire alcune utili lezioni per organizzare al meglio l'attuazione delle riforme e degli investimenti previsti dal piano nazionale in materia di riorganizzazione sanitaria.

Nuovi modelli di medicina territoriale

La riorganizzazione in senso territoriale dei servizi sanitari era ben presente nelle riflessioni dei documenti preparatori della Snai. La questione, com'è noto, è poi deflagrata in tutta la sua potenza nel corso della pandemia. All'epoca (siamo negli anni 2012-2013) era in pieno dispiegamento un processo di "razionalizzazione" del settore che, se da una parte veniva spinto dai vincoli stringenti di contenimento della spesa pubblica, tipici di quella fase politica, dall'altro non poteva certo trascurare la domanda di qualità e uguaglianza delle prestazioni, collegate al diritto costituzionalmente protetto alla salute, che proveniva dalla popolazione, soprattutto da quella che viveva nelle aree interne del Paese.



Francesco Monaco
Già coordinatore
del comitato tecnico
"Aree interne"
Ministero
per il Mezzogiorno
e la coesione
territoriale

La Strategia nazionale per le aree interne ha puntato a concepire interventi capaci di offrire nuovi modelli di medicina territoriale, tenendo in conto la qualità dei servizi resi ai cittadini.

Due sono state le polarizzazioni in cui si è articolata all'epoca la riflessione in materia: la constatazione di un mutato quadro epidemiologico, in cui a prevalere erano malattie croniche che comportavano bisogni di assistenza diversi rispetto al passato, anche per effetto dell'invecchiamento della popolazione; la necessità di spostare risorse finanziarie e umane dall'ospedale, che costa troppo e non sempre costituisce la risposta migliore per rispondere ai nuovi bisogni, ai presidi territoriali in cui occorreva modulare un'offerta più capillare e diffusa di servizi sociosanitari, verso un modello però ancora tutto da definire⁴. Naturalmente le condizioni di perifericità e scarsa densità abitativa, tipica della condizione in cui si trovavano (e si trovano) le aree interne del Paese, sono tutti elementi che spingevano nella direzione di un peggioramento delle ragioni di equità del servizio sanitario, laddove la conseguenza dell'azione in questione si traduceva molte volte nella soppressione di tanti plessi ospedalieri "minori", ritenuti inefficienti e costosi, senza che il disegno di medicina territoriale, più snello, flessibile e "personalizzato", si fosse ancora definitivamente compiuto.

Dentro questo dilemma si mossero le iniziative promosse dalla Snai che hanno puntato a concepire interventi capaci di offrire nuovi modelli di medicina territoriale, complementari al ripensamento in corso della rete ospedaliera ma tenendo in debito conto la qualità dei servizi resi ai cittadini. Da qui l'attenzione al ruolo delle farmacie e della rete dei medici di medicina generale (o pediatri di libera scelta) nei piccoli comuni, la necessità di puntare su strutture e modelli innovativi di organizzazione sociosanitaria (quali le case della salute), la nuova prospettiva affidata ai servizi sanitari mobili, la maggiore rilevanza assegnata all'assistenza domiciliare integrata e alla telemedicina, l'importanza della medicina di iniziativa.

Gli esempi di progetti coerenti con suddetti indirizzi, spulciando l'elenco dei tanti interventi inseriti nelle strategie d'area della Snai, sono davvero tanti. Per restare a quelli segnalati nell'ultima relazione che il Comitato tecnico aree interne (Ctai) ha consegnato al Cipe⁵, ne cito tre: la centrale operativa di cure transazionali ubicata presso la sede del Patto territoriale Sangro-Aventino, che "diventa il centro nevralgico di tutto il sistema e dove avviene la presa in carico congiunta della persona da assistere dopo la valutazione del bisogno" nell'area Basso Sangro Trigno (Abruzzo); la realizzazione dell'ospedale di comunità presso la Struttura polifunzionale sanitaria di Bisaccia nonché il progetto di teleradiologia per la realizzazione di una rete informatica ospedaliera tra il Presidio ospedaliero Criscuoli di S. Angelo dei Lombardi nell'area Alta Irpinia (Campania); infine, il punto unico di accesso per le cure palliative nel distretto di Castenuovo ne' Monti, con la disponibilità dei due posti letto ad alta intensità assistenziale e di spazi attrezzati anche per familiari previsti dal progetto, nonché l'istituzione dell'infermiere di comunità, con contestuale apertura di un centro che "opera in modo integrato con altri professionisti del territorio e dell'ospedale" nell'area Appennino reggiano (Emilia-Romagna)⁶. Complessivamente, secondo una proiezione del dicembre scorso del Ctai, le risorse convogliate su progetti di medicina territoriale del tipo suindicato rappresentano circa il 10 per cento del budget messo a disposizione dalla Snai, pari a circa 1,2 miliardi di euro.

1. Le strategie di rafforzamento della medicina territoriale come risposta ai tanti problemi del Sistema sanitario nazionale provocati dalle due "ondate" virali che si sono abbattute sul nostro Paese, colpendo duramente le regioni dove "apparentemente" il sistema appariva più forte, sono illustrate nella missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza descritto nel documento consegnato dall'Italia alla Commissione europea a fine aprile 2021 e consultabile sul sito del Governo italiano*. Il Pnrr mobilita circa 230 miliardi di euro per investimenti e riforme, di cui circa 20 sono indirizzate a questo tema.

2. L'esperienza della Snai, inserita come sperimentazione nell'Accordo di partenariato siglato fra Italia e Unione europea per programmare le risorse del ciclo di bilancio 2021-2027 della politica di coesione europea, è raccontata con dovizia di particolari nel sito dell'Agenzia per la coesione territoriale, alla pagine "Strategia nazionale aree interne"*, che raccoglie tutte le informazioni sia del processo istruttorio sia delle fasi attuative che ha coinvolto circa 1066 sindaci del nostro Paese.

3. È ampia ormai la letteratura in materia, la quale va specializzandosi anche per singolo settore di intervento della Snai: mobilità, istruzione, salute. Per un inquadramento generale si vedano i molti studi realizzati dall'Unità degli investimenti pubblici presso la Presidenza del Consiglio dei ministri e l'ampia documentazione tecnica scaricabile dal sito istituzionale dell'Agenzia per la coesione territoriale*.

22%

della popolazione

LE AREE INTERNE ITALIANE

Comuni distanti oltre 20 minuti dai servizi essenziali

60%

52%

dei Comuni

dell'intera superficie del territorio nazionale

La prossimità nel Pnrr

A ben vedere sono proprio queste le direttive di intervento su cui si muove anche il Pnrr consegnato alla commissione nell'aprile scorso.

Nel Piano, secondo la struttura binaria riforme/investimenti, il tema dei servizi sanitari territoriali è trattato nella missione 6 (salute) e, limitatamente alle aree interne, nella missione 5 (interventi speciali per la coesione territoriale). Rispetto alla missione 6, il riferimento è alla "componente 1" dedicata alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Innanzitutto, la riforma che vi è collegata si propone di potenziare i "servizi di prossimità" e prevede la "definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale" (da definire con uno specifico decreto ministeriale entro il 2021). Vi è poi la previsione di un investimento pari a circa 2 miliardi di euro per la realizzazione, entro la metà del 2026, di 1288 case della comunità, concepite come strutture "in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali" e, nelle quali sarà altresì istituito il punto unico di accesso "per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi (...) dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere".

Un altro investimento, per un valore di 4 miliardi di euro, è dedicato invece al rafforzamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina per fare della casa il primo luogo di cura. L'intervento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni, in linea con le migliori prassi europee. Per lo scopo si prevede di attivare 602 centrali operative territoriali, una in ogni distretto, con la funzione di "coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza". Un ulteriore investimento, inoltre, con un costo pubblico complessivo di un miliardo di euro, prevede

Un investimento è dedicato al rafforzamento dell'assistenza domiciliare e della telemedicina per fare della casa il primo luogo di cura.

la realizzazione di 381 ospedali di comunità, ovvero "strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitino di interventi a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata". Infine, nella missione 5 si prevede un investimento, con un costo pari a 830 milioni di euro, finalizzato al potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità nelle aree interne nonché il consolidamento delle farmacie rurali convenzionate dei centri con meno di 3000 abitanti al fine di renderle "in grado di gestire servizi sanitari territoriali". Per quest'ultima azione è previsto un cofinanziamento di privati pari a circa il 50 per cento dell'intervento pubblico stanziato.

In conclusione, considerata la forte analogia degli interventi descritti con quelli realizzati dalla Snai, si può ragionevolmente affermare che l'esperienza delle aree interne possa essere considerata una valida anticipazione delle iniziative poi adottate dal Pnrr. Pertanto, non disperdere il bagaglio di conoscenza e di saperi - istituzionali,

tecnici e amministrativi - già acquisiti da molti territori può essere essenziale per assicurare efficacia alle misure di potenziamento della medicina territoriale che nei prossimi mesi dobbiamo mettere in atto per assicurare un futuro di benessere al nostro Paese. ▣

STRATEGIA NAZIONALE PER LE AREE INTERNE

2.072.718

abitanti

1077

comuni

72

aree pilota

4. Il dibattito, seppur non esplicitamente richiamato, rivive in molte delle indicazioni che il Ministero della salute ha poi dato come linee guida per la definizione delle strategie d'area nel documento "Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica", scaricabile dal sito istituzionale dell'Agenzia per la coesione territoriale*.

5. La relazione in questione, insieme alle altre predisposte dal Cta, sono consultabili nella citata sezione documentazione del sito istituzionale dedicato alla Snai dell'Agenzia per la coesione territoriale*.

6. Altri interventi si potrebbero citare leggendo le relazioni al Cipe 2018 e 2019 o consultando direttamente gli "accordi di programma" (sono 50 su 71 quelli definiti, secondo gli ultimi aggiornamenti disponibili) pubblicati nel sito dedicato dell'Agenzia della coesione territoriale*.

* I link ai documenti citati nelle note sono disponibili nell'articolo online su www.forward.recentiprogessi.it