



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

**Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Servizi Socio-Sanitari**

**Il Progetto del Servizio Medico Mobile Territoriale nel  
Distretto del Gemonese, Canal del Ferro e Valcanale**

**The Project of the Mobile Medical Territorial Service in the  
Gemon, Canal del Ferro and Valcanale District**

Relatore: Chiar.mo

Prof. Micol Bronzini

Tesi di Laurea di:

Francesca De Filippi

Anno Accademico 2023 – 2024

## SOMMARIO

INTRODUZIONE *pag 6*

### **Capitolo 1 I cambiamenti in atto nell'assistenza ai cittadini**

1.1.1 *Le nuove sfide epidemiologiche* *pag 7*

1.1.2 *L'assistenza medica territoriale entro il Servizio Sanitario Nazionale* *pag 9*

1.1.3 *I cambiamenti nell'approccio organizzativo all'assistenza Territoriale* *pag 18*

1.1.4 *Le difficoltà per i Medici della Medicina Territoriale* *pag 25*

### **Capitolo 2 Il futuro dell'assistenza territoriale in Italia**

2.1.1 *Il futuro dell'assistenza territoriale secondo la recente*

*Normativa* *pag 25*

*2.1.2 Il Servizio Medico Mobile Territoriale. Un esempio dagli altri*

*Paesi del mondo*

*pag 40*

*2.1.3 Un esempio di medicina territoriale in Italia:*

*l'esperienza del Gruppo di Intervento Ospedale-Territorio*

*nella ASL Toscana Centro.*

*pag 42*

## **CAPITOLO 3**

### **L'AMBITO DEL GEMONESE E I PROGETTI DI MEDICINA TERRITORIALE**

*3.1.1 La Strutturazione dei servizi nell'ambito del Gemonese pag 45*

*3.1.2 L'esperienza delle Unità Speciali di continuità assistenziale*

*pag 54*

## **CAPITOLO 4**

### **IL PROGETTO DEL SERVIZIO MEDICO MOBILE TERRITORIALE NEL DISTRETTO DEL GEMONESE, VAL CANALE E CANAL DEL FERRO**

*4.1.1 L'evoluzione dei servizi medici territoriali a Gemona* pag 62

*4.1.2 La strutturazione del Progetto* pag 66

*4.1.3 I risultati del Progetto secondo il Direttore del Distretto*

*pag 89*

*4.1.4 La visione dei Medici di Medicina Generale coinvolti nel*

*Progetto*

*pag 72*

*4.1.5 Gli esiti del Progetto riassunti in Tabelle*

*pag 76*

**CONCLUSIONI**

*pag 82*

**BIBLIOGRAFIA**

## **ELENCO DELLE TABELLE**

*Tabella 1.1      **Pazienti presi in carico dal Servizio Usca a Gemona***

*Tabella 1.2      **Pazienti guariti e pazienti deceduti***

*Tabella 1.3      **Il gradimento dei Medici coinvolti nel Progetto Usca***

*Tabella 1.4      **Classi di età dei pazienti presi in carico dal servizio***

*Tabella 1.5      **Numero di Prestazioni Erogate al 26.02.2024***

*Tabella 1.6      **Classi di Patologia prese in carico***

*Tabella 1.7      **Invii in Ospedale evitati***

## **INTRODUZIONE**

Secondo i recenti dati scientifici che hanno portato alla legislazione in materia, il modo più efficiente per migliorare gli esiti dell'assistenza socio-sanitaria ai cittadini è quello di aumentare la spesa e le risorse disponibili per l'assistenza territoriale. I cambiamenti epidemiologici, che vedono un avanzare dell'età media di vita in concomitanza con l'aumento delle patologie croniche, hanno infatti portato i governi a comprendere che curando le persone al loro domicilio non solo vengono evitate le ospedalizzazioni, con risparmio di risorse economiche, ma le persone vivono con maggiore serenità la propria condizione di malattia con conseguente miglioramento psico-fisico. L'obiettivo di questa tesi è stato quello di analizzare l'attività del Servizio Mobile Medico Territoriale messa in atto nel Distretto del Gemonese, Val Canale e Canal del Ferro in Friuli Venezia Giulia, cercando di rilevarne altresì le criticità, i punti di debolezza e i punti di forza per poter porre le basi per una eventuale futura diffusione del modello in altri contesti e migliorare quello già messo in atto. Per fare questo ci si è serviti di un disegno di studio di tipo qualitativo con annessa ricerca bibliografica aggiornata sulla Medicina Territoriale e interviste agli operatori coinvolti nel Servizio durante il periodo che va dal Gennaio 2023 al Febbraio 2024. Si sono anche analizzate altre esperienze di Servizi Mobili Territoriali creati in altri paesi del mondo che possono servire da fonte ispiratrice per eventuali miglioramenti e ampliamenti del servizio.

## **CAPITOLO 1**

### **I CAMBIAMENTI IN ATTO IN ITALIA NELL'ASSISTENZA AI CITTADINI**

#### ***1.1 Le nuove sfide epidemiologiche***

L'età della popolazione italiana è in progressivo aumento. Secondo i dati rilevati dalle recenti analisi epidemiologiche, le persone con più di 65 anni rappresentano oltre un terzo della popolazione, con un'età media che ha ormai superato i 45 anni. La quota dei giovani è diminuita di 3 punti percentuali e il calo della natalità sarà solo parzialmente compensato dalla popolazione giovane proveniente da altri paesi (Istat, 2021). L'anno 2021 ha segnato in particolare il nuovo record di minore natalità mai registrato nella storia italiana (Fondazione Onda, 2022). Si tratta di una redistribuzione demografica senza precedenti. Si prevede infatti che entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall' 11% al 22% del totale. Tuttavia, questo invecchiamento della popolazione si accompagna a bisogni sanitari complessi, legati alla compresenza di malattie acute ed epidemiche, ed alla costante crescita delle patologie cronico-degenerative. Le patologie croniche prevalenti sono le malattie respiratorie, le malattie cardiovascolari, il diabete e i tumori. Per quanto concerne la variabilità regionale della cronicità negli adulti in

Italia essa non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate della media nazionale in alcune Regioni del Sud come in Sardegna (26%), ma anche del Nord come nel Friuli Venezia Giulia (22%) o del Centro, come nel Lazio (21%). Già dopo i 65 anni e prima dei 75, più del 50% delle persone convive con una o più patologie croniche, percentuale che sale a 75% per la popolazione sopra agli 85 anni (Fondazione Onda, 2022). Analogamente accade per la policronicità. Per quanto riguarda le patologie acute, i dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso rivelano che nel 2022 si sono registrati 17 milioni di accessi, di cui 8 per casi ritenuti gravi. In alcune Regioni e in particolare in Friuli Venezia Giulia, il 14% dei pazienti che hanno effettuato l'accesso al Pronto Soccorso è stato poi preso in carico dal nuovo Ospedale di Comunità (Agenas, 2022), di cui si parlerà nei capitoli seguenti di questo lavoro di tesi. Analizzando le cause di mortalità in generale, per le classi più giovani, fino ai 39 anni, la mortalità maschile è dovuta a decessi di natura principalmente violenta, mentre la prima causa di morte femminile è dovuta a tumori. Tra i 40 e i 59 anni la causa di mortalità principale per le donne è sempre il tumore mentre per gli uomini le malattie cardiovascolari. Per quanto riguarda la fascia di età 60-74 anni, si evidenziano al primo posto i tumori, seguiti dalle malattie cardiovascolari e dalle patologie respiratorie per entrambi i sessi. Nella fascia 75-89 anni la prima causa di morte sono le malattie del sistema circolatorio. Il Servizio Sanitario Italiano ha dovuto modificare le proprie prerogative ed organizzazione, sia a causa delle modificazioni di stampo



prettamente epidemiologico, sia per quanto concerne le modifiche negli approcci all'assistenza sanitaria avvenuti in concomitanza con le stesse.

### ***1.1.3 L'organizzazione dell'assistenza medica territoriale entro il Servizio Sanitario Nazionale***

Dal 1978 l'Italia ha il suo Servizio Sanitario Nazionale (SSN) cui hanno diritto tutti i cittadini. Le fonti di finanziamento sono suddivise in parti approssimativamente uguali fra contributi obbligatori versati in base alla retribuzione lorda, e gettito fiscale generale. E' il governo centrale che decide lo stanziamento totale per il SSN e come ripartire la cifra fra le 20 regioni italiane. Il governo stabilisce il livello minimo delle prestazioni garantite in tutto il paese, e specifica le condizioni secondo le quali i pazienti possono rivolgersi al settore privato ed ottenere ugualmente che il SSN paghi l'onorario del medico. Il servizio viene finanziato da un fondo nazionale per la sanità la cui entità viene fissata dal governo. Oltre l'80% dei posti letto appartiene al settore pubblico, e meno del 20% si trova in istituti privati. L'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali è basata sui Distretti Sanitari, i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere. Il Distretto Sanitario deve garantire risposte sanitarie adeguate ad una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione di particolari caratteristiche territoriali o di una bassa

densità di popolazione residente, non disponga diversamente. Il Distretto ha la funzione di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, coordinando le proprie attività con quelle dei Dipartimenti nonché dei Presidi Ospedalieri che sono inserite nel Programma delle attività territoriali. Sono le Regioni a disciplinare l'organizzazione del Distretto per garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali. Gli Accordi collettivi nazionali prevedono, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina generale assista al massimo 1.500 pazienti adulti (di età superiore ai 13 anni) e ciascun pediatra 800 bambini (di età compresa fra 0 e 13 anni). Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale. I medici di medicina generale nel 2020 sono 42 mila. L'offerta è stabile rispetto all'anno precedente, con un valore di 7,1 medici ogni 10 mila abitanti nel 2020, ma in calo del 3,0 per cento rispetto al 2018. A livello territoriale la variabilità regionale passa da 6,4 medici ogni 10 mila abitanti nel Nord-ovest e 6,3 nel Nord-est a 7,5 nel Sud e 8,3 nelle Isole. Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale, nel 2020 operano circa 7.300 medici pediatri: 9,5 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni con valori più bassi nel Nord-ovest (8,5 pediatri) e più alti nelle Isole (10,8). L'offerta di medici pediatri è stabile rispetto all'anno precedente, ma in calo

del 2,9% rispetto al 2018. I medici di guardia medica nel 2020 sono circa 11.400 con un valore di 19,3 ogni 100 mila abitanti (Agenas, 2021). La popolazione di Medici di Famiglia invecchia parallelamente alla popolazione che assiste. C'è attualmente un aumento dei pensionamenti dei medici laureati nei primi anni 80. Il culmine del ricambio è già stato raggiunto in alcune regioni, in particolare nel Nord Italia. In questo contesto di enormi cambiamenti ed aumento dei bisogni dei cittadini, è necessario individuare una nuova organizzazione per le Cure Primarie. E' stata sottolineata infatti l'importanza dell'unione fra prestazioni sanitarie e sociali, questo in previsione di un aumento delle patologie croniche e della sempre maggiore richiesta di cure e riabilitazione domiciliari. Va valorizzata inoltre la professione infermieristica come interprete dei bisogni sanitari dei cittadini, da realizzare mediante una presa in carico integrata dell'utenza riducendo il numero dei ricoveri in ospedale e favorendo l'assistenza a domicilio. La Federazione Italiana Medici di Medicina Generale e la Federazione Italiana degli Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia, nell'anno 2003, firmarono un accordo che prevedeva la costituzione di gruppi sinergici di studio e di approfondimento dei percorsi assistenziali e clinici integrando le attività degli infermieri e dei medici di famiglia, per giungere alla formazione di una rete di assistenza territoriale consolidata e fondata sui due ruoli distinti ma complementari che potessero portare ad una crescita ed un arricchimento delle competenze di entrambi. Con il "federalismo sanitario", sancito dalla modifica del Titolo V della

Costituzione a seguito dell'entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (Consiglio dei Ministri, 2001), il legislatore costituzionale ha esplicitato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (previsti dal D.P.C.M. 29 Novembre 2002) e nello stesso tempo ha affidato alle Regioni la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Durante gli anni di queste riforme si notò di come ospedale e territorio fossero quasi in conflitto, come se l'ospedale non appartenesse al territorio. Nello stesso tempo sembrava che ai tagli alla spesa ospedaliera non corrispondesse un altrettanto potenziamento territoriale. Già fin dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 coloro che prendevano le decisioni riguardo all'organizzazione dei servizi sanitari capirono di come fosse importante creare delle comunità inclusive dove poter erogare l'assistenza ai cittadini. La carta di Ottawa del 1986 sottolineò ancor di più l'importanza del ripensare ai servizi in maniera che fossero presenti e vicini il più possibile ai cittadini, anche se ben 20 anni dopo, nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziò di come l'obiettivo non era stato raggiunto. In Italia si è cercato di attuare diverse riforme per rinnovare l'assistenza territoriale. Per quanto concerne il medico di medicina generale egli era in precedenza considerato medico del territorio in quanto lavorava all'interno della comunità stessa. I pazienti si recavano da lui anche senza appuntamento e il medico stesso aveva una forte connessione con l'ambiente locale ed una grande autonomia professionale. Dopo la riforma delle

specializzazioni universitarie in medicina generale, c'è stato però un notevole cambiamento in quanto l'organizzazione stessa del lavoro del medico del territorio si è andata modificando, strutturandosi con orari predefiniti di accoglienza dei pazienti, presenza di collaboratori e sfociando infine nella recente medicina di gruppo e nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali nate in seguito all'importante Riforma Sanitaria del 2012. L'articolo 1 della legge 189 del 2012 (cosiddetto Decreto Balduzzi dal suo ideatore), ha previsto, infatti, la nascita delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, (AFT), che riuniscono i professionisti che hanno in carico il cittadino e che comprendono un'area non superiore a 30mila abitanti. Con questo decreto si è cercato di realizzare una omogeneità nell'erogazione dell'assistenza in quanto i medici appartenenti alle aggregazioni condividono obiettivi, piani di lavoro, strumenti di valutazione dell'assistenza erogata. Le UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) sono state istituite dallo stesso decreto come forme organizzate/unità multiprofessionali che operano, in forma integrata, all'interno di strutture o presidi ed erogano le prestazioni assistenziali della medicina generale tramite il coordinamento e l'integrazione multiprofessionale, soprattutto tramite l'integrazione tra medico generale e medici specialisti. Con queste nuove forme organizzative si è inteso offrire al cittadino un maggior numero di servizi per rispondere a richieste anche molto diverse fra loro. Il Decreto Balduzzi ha portato alla formazione di strutture poliambulatori territoriali dotate di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata,

nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni hanno controllato che vi fosse l'adesione dei medici alle nuove modalità organizzative e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria e l'utilizzo estensivo della ricetta elettronica. In molti comuni sono quindi nati dei poliambulatori con più medici, i quali, a turno erogano l'assistenza medica di base. E' infatti importante che chi programma l'assistenza capisca che il sistema attuale e quello futuro sono complessi e l'unico modo per gestirli efficacemente è tramite l'unione dei professionisti che mettono in campo ognuno le proprie competenze e lavorano assieme per il cittadino, soprattutto per le questioni di natura epidemiologica di cui si parlava prima. Le necessità sanitarie dei cittadini sono molteplici, intersecate e connesse fra loro e richiedono interventi multimodali. Il solo approccio che in questo momento storico si ritiene sia il più adeguato per raggiungere gli obiettivi di salute per tutti è quello di tipo olistico, dove l'equipe dei professionisti sanitari utilizzerà le proprie competenze all'interno del setting comunitario ma anche in più setting contemporaneamente. Ciò è realizzabile se i professionisti vengono preparati ad operare in queste modalità, cercando anche di condividere le proprie risorse e informazioni con gli altri membri dell'equipe e lavorando assieme. Nonostante la lungimiranza, sulla carta, di tale decreto, il grado di effettiva applicazione sul territorio nazionale è risultato molto eterogeneo. Permangono, pertanto, secondo l'analisi di Belleri (2022), dei punti di debolezza

che coinvolgono, direttamente o indirettamente, anche la medicina territoriale per come è strutturata attualmente :

- il paziente che si rivolge alle strutture private per accelerare la prestazione e per mancanza di fiducia nel servizio pubblico. L'attuale carenza di risorse relative al personale e alle strutture, sta portando infatti molte regioni a cercare di dirottare i pazienti verso le strutture private o convenzionate, con l'obiettivo di togliere peso alla spesa sanitaria dello stato e creare un flusso di risorse economiche fondato su uno scambio fra privati per l'appunto.
- il fenomeno del "transreferral", ovvero successive consulenze attivate da un primo specialista, che di fatto emargina il medico di base dalla partecipazione al percorso di cura. Capita infatti che il cittadino venga inviato non dal medico di medicina generale, ma da altri professionisti ad effettuare ulteriori consulenze o esami specialistici per una data patologia ed il medico di medicina non ne venga neppure a conoscenza, con il rischio di emarginarlo completamente dal vissuto del proprio assistito.
- le richieste improprie e pressioni degli assistiti per ottenere prescrizioni non necessarie. I cittadini infatti sempre più spesso, motivati anche da conoscenze superficiali acquisite tramite i servizi informatici come l'internet, richiedano e pretendendo di poter effettuare consulenze a prescindere da ciò che il proprio medico di medicina generale ritiene sia

corretto per la salute dell'assistito. Questo fatto crea delle pressioni psicologiche non indifferenti agli erogatori delle cure oltre che al medico stesso (Belleri, 2022)

- Alcuni problemi organizzativi sono conseguenza della Aziendalizzazione della sanità avvenuta nel nostro paese. Con le riforme dei primi anni '90 lo Stato ha cercato di migliorare l'efficienza e l'efficacia degli interventi sanitari a favore dei cittadini dotando gli ospedali di personalità giuridica propria sul modello aziendale e manageriale, con precisi obiettivi da raggiungere e budget da rispettare. Questo anche per ridurre gli innumerevoli sprechi che c'erano stati negli anni '80 dopo la riforma del Servizio Sanitario Nazionale quando era stata data una grande libertà di azione ai Comuni non sempre utilizzata in maniera finanziariamente appropriata dagli stessi. La tendenza verso l'Aziendalizzazione mirava a ridurre questi sprechi, ma la logica manageriale ad essa conseguente ha tolto la spontaneità e l'autonomia ai medici di medicina generale che hanno dovuto iniziare a sottostare a numerose regole organizzative e a controlli periodici sul loro operato che non sempre hanno aiutato gli stessi nell'erogare cure e diagnosi appropriate. E' infatti giusto verificare l'andamento gestionale e finanziario di qualsiasi tipo di impresa ma senza per questo togliere quel raggio di autonomia decisionale che permette al professionista di utilizzare al meglio le proprie peculiari capacità.



- la pandemia da Covid 19 ha inoltre messo in luce tutte le debolezze strutturali e organizzative del nostro sistema sanitario, evidenziandole in particolar modo nell'ambito territoriale, dove i servizi sono spesso frammentati e diversi fra regione e regione, dove spesso non sono presenti medici di medicina generale in numero sufficiente oppure ci sono numeri troppo elevati di assistiti per medico. Il carico di lavoro degli stessi professionisti è diventato eccessivo, causato da una società sempre meno proattiva nel risolvere i problemi e da carenze programmatiche e dal fatto che non in tutte le regioni sono state attivate e implementate le Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dalla legge Balduzzi sopra citata.

#### ***1.1.4 I cambiamenti nell'approccio organizzativo***

##### ***all'assistenza territoriale***

Secondo l'analisi effettuata da Giuseppe Belleri della Medicina Territoriale (Belleri, 2022), i cambiamenti principali nell'approccio organizzativo dell'assistenza alle persone in difficoltà sono stati di tipo :

- Clinico: con un sussistente conflitto tra l'adozione di misure tecnologiche ed interventiste in situazioni di crisi o di eventi acuti in contrapposizione

all'accompagnamento lungo il ciclo di vita biologico, familiare e sociale. Si può infatti affermare che l'utilizzo dei sistemi informatici ha reso meno umanizzato l'approccio con il paziente. E secondo molti studi il futuro sarà permeato da forme di telemedicina sempre più diffuse che andranno strutturate in maniera intelligente, così da non togliere spazio all'approccio empatico con il paziente, cercando quindi di non limitare il tempo diagnostico alla sola prescrizione ma anche ad un ascolto proattivo della persona.

- **Organizzativo:** si tratta del conflitto fra le capacità di accesso selettiva ospedaliero contro l'accesso alla rete territoriale dei servizi socio-sanitari di prossimità. Non tutte le Regioni Italiane infatti hanno applicato in maniera omogenea le recenti riforme dell'assistenza territoriale. Alcuni sistemi regionali prediligono infatti l'accesso del cittadino al presidio ospedaliero a quello domiciliare mentre altri convergono su quello che esula dalla rete territoriale per concentrarsi sulla struttura assistenziale. Questo accade anche per questioni di utilizzo dei fondi messi a disposizione e da chi deve decidere come utilizzarli.
- **Normativo:** Attualmente esiste altresì una diaframma all'interno dei professionisti medici di famiglia, fra coloro che vorrebbero un contratto di lavoro subordinato con il Servizio Sanitario Nazionale e coloro che preferirebbero che il loro sia un lavoro autonomo parasubordinato,

coordinato e continuativo, basato su fiducia, continuità nel tempo e sulla facoltà di scelta e di revoca del cittadino;

- Culturale: Anche in questo caso vi sono dei professionisti che prediligono una visione specialistica centrata sulla malattia acuta, sull'emergenza e sulla prestazione e coloro che si approcciano al paziente in maniera olistica, prendendo in considerazione sia la sfera fisica che quella psicologia e sociale del paziente. Questo crea non poche differenze nell'erogazione delle cure per i cittadini a seconda di quale professionista si occupa di loro. (Belleri, 2022)

Di fondamentale importanza è stata la crisi che hanno dovuto affrontare i sistemi socio-sanitari durante la recente Pandemia da Covid-19, durante la quale c'è stata una riduzione della presa in carico e della continuità assistenziale per i pazienti sia con patologie acute che croniche, essendo la maggior parte delle risorse impiegate per i casi che avevano contratto il virus. Le riforme in essere e in divenire dovranno tenere conto di questa evoluzione per organizzare le attività e per creare nuove proposte anche dal punto di vista sanitario. Sarà necessario ripensare alla rete dei servizi per i cittadini, per migliorarne i criteri di efficienza ed efficacia con l'obiettivo di mantenere le persone in discrete condizioni fisiche e psicologiche, cercando però di favorire il loro mantenimento al domicilio, perché è fondamentale che i pazienti dimessi dagli ospedali, soprattutto quando anziani, fragili necessitano

di un follow-up e di una presa in carico efficace. L'assistenza territoriale è normalmente costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base, sia di tipo medico sia diagnostico, e ad altri servizi come l'assistenza fornita in strutture residenziali o semiresidenziali. Si tratta di un'offerta centrata sul territorio rispetto a quella di tipo ospedaliera. Una delle azioni che ha dimostrato portare ad un'assistenza sanitaria con esiti positivi nonostante le suddette difficoltà, è infatti riuscire a far rimanere il paziente nel suo contesto di vita anche durante la malattia. Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana (Ministero della salute, 2017). L'obiettivo ora è quello di creare un modello assistenziale diverso da quello centrato sull'ospedale, che porti a valorizzare il contesto di vita dell'individuo (Guterres, 2020). Le cure domiciliari hanno dimostrato infatti di avere l'effetto di mantenere la salute dei cittadini anche durante la pandemia, con conseguente bassa incidenza di mortalità (Gaspar et al, 2020). Questa forma di assistenza ruota attorno alla figura del medico di famiglia e del pediatra, che rappresentano il principale riferimento per le cure di base del cittadino. Infatti, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi e attraverso i medici e i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la

migliore pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute. Essi, valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti. Il sociologo sanitario Guido Giarelli (Giarelli, 2019), pone inoltre il nodo economico al primo posto tra le sfide che dovrà affrontare il sistema sanitario, ha evidenziato come sintomi del disagio che affligge il mondo sanitario:

- il rischio di alienazione relazionale tra medico e paziente, a causa della difficoltà di comunicazione che caratterizza le punte più avanzate della tecnomedicina;
- la sfida di una sanità “supermarket”, in cui ogni paziente/consumatore può prendere a piacimento i prodotti che vengono offerti in bella mostra sugli scaffali dell'ipermercato della salute;
- le recenti epidemie che hanno messo in evidenza i limiti di efficacia dei sistemi sanitari.
- il sintomo che Daniel Callahan (Callahan, 2009) fra i più importanti pensatori della medicina sostenibile aveva a sua volta evidenziato, vale a dire l'eccesso di aspettative verso la medicina, coltivate dai singoli cittadini, divenuti sempre più esigenti, anche per l'impatto socioculturale della definizione di salute del 1948. I cittadini hanno dimostrato infatti negli ultimi decenni di avere sempre più grandi attese rispetto ai servizi che

devono ricevere, anche spinti in questo dai mass media che nascondono le difficoltà umane e scientifiche che esistono nell'attuale società.

- L'insicurezza riguardo alle possibilità di cura seguite alla Pandemia da Covid-19 in particolare negli ultimi anni ha portato i cittadini a richiedere in misura sempre maggiore l'aiuto del proprio medico di medicina generale. Ma il sistema non è riuscito sempre a rispondere in maniera tempestiva e adeguata alle richieste, portando così i cittadini a rivolgersi ai Pronti Soccorsi e agli Ospedali per ricevere una risposta sanitaria repentina ma causando in questo modo un flusso continuo e inadeguato di erogazione di prestazioni ospedaliere che potevano essere svolte anche al domicilio. Sia durante la prima che durante le ondate successive la mancanza di strumenti a disposizione dei medici di base ha così portato ad una dispersione degli interventi e a una mancata efficacia di questi ultimi. E' stata quindi rivalutata l'importanza dell'assistenza territoriale.
- La sfida dei costi crescenti che gravano sulle strutture sanitarie e che riguardano sia il costo del personale che delle attrezzature diagnostiche e terapeutiche a fronte di una crisi economica globale sempre maggiore che vede un divario fra zone del paese molto ricche contrapposte a zone dove la soglia di povertà e quindi di risorse è molto elevata (Giarelli, 2019). Le voci di costo delle cure domiciliari sono relative al personale, ai farmaci e alle apparecchiature sanitarie, agli automezzi necessari agli operatori e al

trasporto dei pazienti, ai costi amministrativi, ma secondo uno studio effettuato presso la clinica ematologica dell'ospedale Umberto I di Roma, dove si sono analizzati i costi dell'assistenza domiciliare per i pazienti rispetto alle ospedalizzazioni, è stato visto di come queste ultime risultavano molto più costose.

La permanenza in ospedale è stata inoltre associata ad un aumento della morbilità e della mortalità. Nel 1847 il medico Ignac Semmelweiss dimostrò efficacemente che l'ospedale poteva rappresentare un rischio per i pazienti (scoprì che le donne che partorivano per strada avevano un rischio di sepsi puerperale e una mortalità molto più bassa rispetto a quelle che partorivano in ospedale) e che tale rischio era di origine infettiva (i patogeni venivano trasmessi dagli studenti di medicina che, prima di assistere le donne partorienti, effettuavano i riscontri autoptici), nonchè prevenibile (con il lavaggio delle mani) (Semmelweiss, 1847) Dopo di lui, numerosi altri autori hanno documentato come il ricovero in ospedale potesse comportare un rischio elevato per il paziente di contrarre una patologia infettiva. Nonostante l'introduzione dell'uso degli antibiotici le infezioni ospedaliere hanno continuato a rappresentare la più frequente complicanza e sono in aumento. Ciò è attribuibile alla progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie nell'assistenza ospedaliera: queste, da una parte, consentono la sopravvivenza di pazienti immunocompromessi altamente suscettibili a tutte le infezioni, anche quelle

sostenute da patogeni comunemente opportunisti; dall'altra, creano le condizioni per nuove occasioni di accesso dei microrganismi in ambienti del corpo umano normalmente sterili e per complesse interazioni tra microrganismi patogeni e biomateriali utilizzati. Inoltre, il largo uso di antibiotici a scopo profilattico o terapeutico condiziona l'emergenza di ceppi antibiotico-resistenti. Ridurre le ammissioni ospedaliere non volute dagli stessi utenti e facilitare la cura delle persone in un luogo da loro desiderato è un obiettivo che è importante perseguire anche secondo la Federazione dei Medici di Famiglia Italiani (Federazione Nazionale Medici di Medicina Generale, 2003). Una dimissione precoce dall'ospedale è stata infatti associata ad un ridotto costo, migliori outcomes e aumentata soddisfazione del paziente (Boling et al., 2013). E' pertanto necessario aumentare le risorse destinate alla medicina territoriale, cioè a tutte quelle prestazioni sanitarie che hanno lo scopo di prevenire l'aggravarsi delle condizioni della persona e l'ospedalizzazione. Questo obiettivo si può attuare ampliando la rete sociosanitaria territoriale, aumentando l'assistenza domiciliare ai pazienti cronici, disabili e non autosufficienti e più in generale ai pazienti fragili (Cardoni, 2008).

### ***1.1.5 Le difficoltà per i Medici della Medicina Territoriale***



L'ultimo disegno di legge in materia di medicina territoriale e di assistenza primaria è stato il ddl n.227 del 2023. Con questo disegno di legge si è cercato di evidenziare maggiormente il ruolo importante del medico di famiglia valorizzando la sua opera a domicilio, migliorando il sistema di erogazione delle risorse. Si prevede il rafforzamento delle unioni di più medici di famiglia anche all'interno degli Ospedali di Comunità, che operino in sinergia per affrontare i problemi dell'assistenza primaria. Questi vengono inquadrati all'interno del Distretto come collegamento tra la medicina del territorio e l'ospedale, per promuovere al contempo le attività di prevenzione e di promozione delle cure. Questa rete organizzativa di medici di famiglia deve garantire un'attività giornaliera e la presenza di un medico notturno per le prese in carico nell'emergenza. Il medico di assistenza primaria deve avere al massimo 1500 assistiti e deve lavorare assieme agli altri operatori sanitari quali infermieri e assistenti sociali, per poter prendere in carico i pazienti in maniera ottimale. Ogni regione Italiana può poi adottare dei modelli innovativi a seconda dei casi specifici e della situazione dei diversi territori. Riprendendo ancora una volta l'analisi di Belleri (2022), per quanto concerne le problematiche rilevate dell'assistenza medica territoriale, esse sono:

- il gradimento dei cittadini nei confronti dei medici generali, che rivela una situazione non facilissima. Il 77,5% degli italiani ha fiducia nel proprio

medico di famiglia; il 55,8% considera il proprio medico “speciale”, percentuale che arriva al 62,3% tra gli over 65. La fiducia è massima, 88%, tra i cittadini con più di 55 anni e resta elevata anche tra le fasce d’età più giovani: ne ha “molta o abbastanza” il 79% delle persone tra 35 e 54 anni e il 73% degli intervistati tra 18 e 34 anni. Ma rimane una parte di popolazione che ha perso fiducia nel proprio medico di base.

- il fatto che mentre l’ospedale è tendenzialmente considerato una struttura rigida con un apparato di gestione di tipo piramidale, la rete territoriale non è tipicamente di tipo gerarchico ma fatta di intersezioni meno formali fra i vari attori che la compongono. Certo la medicina territoriale deve tenere conto delle regole definite dal legislatore e dalle risorse disponibili ma deve comunque affrontare peculiarità del territorio di competenza rispettandone i punti di forza e di debolezza. Spetta infatti alla medicina del territorio connettere la situazione quotidiana di vita delle persone con il mondo più ristretto e organizzato della vita ospedaliera.
- l’aumentare dei casi di patologie croniche e degenerative connesse all’aumentare dell’età della popolazione, che sono ancora studiate dalla ricerca scientifica e che pongono non pochi problemi diagnostici e assistenziali (ad esempio la malattia di Parkinson, la malattia di Alzheimer,

entrambe portatrici di bisogni non solo di terapie adeguate ma anche di risistemazioni dei luoghi di vita delle persone che ne sono affette e educazione dei caregivers che li assistono).

- la recente diffusione di nuove malattie infettive causate da virus e batteri che stanno coinvolgendo a fasi cicliche una fetta sempre maggiore di popolazione e che necessitano anche in questo caso di trovare ed erogare cure adeguate ma anche di ridefinire i setting più appropriati per l'assistenza ai pazienti e all'intera comunità con opere relative anche alla prevenzione.

Per quanto concerne il rapporto tra il medico territoriale e gli assistiti, Belleri ha individuato altre zone grigie che sollecitano uno studio e delle risposte organizzative adeguate:

- l'importanza delle scelte autonome del medico territoriale dettate dalle proprie conoscenze ed esperienza che non sempre si richiamano a codici dettati da Protocolli e Linee Guida.
- l'importanza del rapporto di fiducia che si crea fra il medico e il suo assistito e che può essere influenzato dalle emozioni e dal vissuto quotidiano di entrambi.

- L'influenza degli uffici manageriali che possono imporre delle visioni organizzative non sempre adeguate al contesto conosciuto e vissuto dal medico territoriale e dai pazienti che prende in carico.

Dobbiamo tutti iniziare a comprendere che operiamo in un sistema complesso, che non si può organizzare semplificandolo troppo ma neanche con processi troppo strutturati. I bisogni dei cittadini sono molteplici e i problemi socio-sanitari non possono essere affrontati in maniera standardizzata o da un solo professionista. Bisogna pensare al futuro dell'assistenza come a un elemento con struttura empiricamente liquida dove le varie competenze si riuniscono ed ognuna apporta un beneficio alla comunità. Certamente i servizi devono essere erogati al cittadino ma cercando di rispettarne le esigenze dettate dal suo luogo peculiare luogo di vita quotidiana (Celotto et al, 2021)

## CAPITOLO 2

### IL FUTURO DELL' ASSISTENZA TERRITORIALE IN ITALIA

#### *2.1.1 Il futuro dell'assistenza territoriale secondo la recente normativa*

Gli interventi di promozione della salute che puntano ad organizzare solamente percorsi di tipo ospedaliero hanno meno capacità di ridurre le disuguaglianze fra i cittadini, anzi possono rendere ancora più vulnerabili coloro che hanno meno possibilità di accesso a servizi di elevata qualità. Le azioni assistenziali che invece focalizzano su interventi di prevenzione all'interno delle comunità stesse hanno dimostrato portare a migliori esiti. (Longo et al, 2021). Il 6 Agosto 2020 viene adottato con l'Intesa Conferenza-Stato-Regioni il Piano Nazionale della Prevenzione per l'Italia per il quinquennio 2020-2025. Il Piano ha lo scopo di pianificare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute da realizzare sul territorio. Proprio grazie all'attività preventiva capillare si deve trovare la risoluzione migliore per i problemi di salute dei cittadini contrastando l'insorgere delle malattie tramite la prevenzione. Dopo le esperienze legate alla pandemia da Covid-19, il Piano ha evidenziato come sia importante effettuare una

programmazione sanitaria basata su una rete coordinata tra le diverse strutture presenti nel territorio, per poter intervenire con tempestività sia in caso di un'emergenza infettiva sia per affrontare le sfide della presa in carico nella cronicità. Sono stati evidenziati nel piano dei programmi attuativi fondati su azioni specifiche elaborate tramite delle linee guida, con relativi sistemi di valutazione per monitorare nel tempo l'attuazione dei progetti. Ogni regione italiana ha dovuto mettere in atto il piano, ma per farlo è stato ed è continuamente necessario un attivo coinvolgimento dei medici di medicina generale. Il Piano è fondato sul principio che la salute sia il risultato di uno sviluppo equilibrato dell'essere umano all'interno del proprio ambiente, sottolineando come la salute di tutti gli esseri viventi sia interconnessa. Gli sforzi pratici messi in atto dagli operatori sanitari e da tutti i cittadini per far sì che il piano abbia degli esiti positivi implica che abbracci tutti i settori e le discipline considerate anche la biodiversità, proprio in vista del problema sempre più emergente dell'antimicrobico-resistenza, dovuta spesso anche alle manomissioni degli ecosistemi da parte dell'uomo. Il Piano si propone di seguire le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute e della Carta di Ottawa, cioè ha fra i suoi obiettivi quello di rendere le persone sempre più coscienti e autonome nel riconoscimento e nella gestione della prevenzione dei problemi di salute. Le diverse strutture presenti sul territorio quali ospedali, centri ambulatoriali, centri diagnostici, devono lavorare in sinergia per trovare le soluzioni che mirino al rafforzamento dei programmi di prevenzione della salute. L'approccio che ci si

prefigge è quello di favorire il lavoro di squadra nel setting specifico del cittadino, come la scuola, il luogo di lavoro, la comunità, per poter qui attuare i cambiamenti necessari che devono portare al raggiungimento degli obiettivi suddetti. Per effettuare questi cambiamenti, come si diceva è importante creare delle connessioni fra le reti comunitarie sul territorio. Altro perno importante della prevenzione è sicuramente la Scuola e così anche i luoghi di lavoro dove le persone possono essere raggiunte più facilmente per ricevere i messaggi preventivi. Per affrontare le sfide connesse alla crisi socio-economica che ha portato la pandemia da Covid-19, l'Unione Europea ha deciso inoltre di creare il Piano per la Ripresa e la Resilienza, per far sì che gli stati membri possano avere degli strumenti adatti a disposizione per superare il momento di crisi. Il fondo economico a disposizione è stato concepito come un fondo di 723,8 miliardi di euro, fra sovvenzioni e prestiti. Dal 2023 sono stati aggiunti 18,9 miliardi di sovvenzioni, anche se gli stati membri hanno deciso di richiedere come prestiti 648 miliardi di euro. L'Italia ha ricevuto inizialmente 181,5 miliardi ed ha approvato il piano il 13 luglio del 2021. Il Piano è formato da una lista di diversi obiettivi da raggiungere con le indicazioni per farlo, con verifica ogni 6 mesi dell'andamento della sua applicazione. Dal 2023 i miliardi per l'Italia sono divenuti 194,4 e comprende 7 riforme in più rispetto alle 59 del piano che era stato concepito in origine, con ben 618 obiettivi da raggiungere. Obiettivi riguardano gli interventi nel Mezzogiorno, la transizione ecologica e digitale, gli interventi per il clima e quelli per l'ambito sanitario, oltre alla nuova

missione numero 7 dedicata alle riforme nei settori della giustizia e della concorrenza. Analizzando La sesta Missione che è quella denominata “Salute”, così come approvato dalla Decisione di esecuzione del Consiglio e della Commissione della Comunità Europea, essa si pone l’obiettivo di riorganizzare il paradigma dell’assistenza sanitaria e socio sanitaria, in particolar modo territoriale, per far sì che l’assistenza sia sempre più vicina ai cittadini sul territorio. Per fare questo bisogna aumentare la capacità di presa in carico a casa dei pazienti. Sono 3 le direttrici che devono guidare l’avvio e la continuazione del piano:

prossimità, trasformazione digitale e integrazione e che tengano conto anche di eventuali situazioni di emergenza come accaduto con la recente pandemia da Covid-19. Uno degli obiettivi principali della Missione è garantire equità e contrasto alle diseguaglianze di salute, considerando le persone come inserite in un determinato, specifico contesto sociale che ne modifica i bisogni peculiari (Fondazione Onda, 2022). Risulta dunque di fondamentale importanza organizzare i servizi per i cittadini sulla base di ciò che riferiscono le esperienze degli ultimi decenni. Uno degli aspetti rilevanti che è stato evidenziato è il dato imprescindibile che se si riescono ad assistere le persone al loro domicilio gli esiti di salute sono molto più positivi, sia in termini di guarigione che di diminuzione della spesa sanitaria. Sono state così previste le seguenti misure affinché possano portare ad una presa in carico globale ed efficace dei problemi sanitari dei cittadini:



- La Centrale Operativa Territoriale, interconnessa con il Distretto Sanitario, è stata pensata e creata per monitorare e garantire la comunicazione in tempo reale fra le diverse strutture assistenziali filtrando i bisogni e attivando i giusti percorsi per il cittadino. La Centrale Operativa Territoriale è formata da professionisti infermieri, coordinatori, personale di supporto, il medico di comunità, l'assistente sociale e un fisioterapista. Naturalmente potrà essere richiesto anche il supporto di altri professionisti a seconda dei casi. Le centrali coordineranno la presa in carico della persona fra i vari servizi mettendola in collegamento con tutte le strutture e le visite necessarie. Lo standard prevede 1 COT ogni 100.000 abitanti, ma può variare in caso il bacino d'utenza del Distretto sia maggiore, operativa 7 giorni su 7, dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche. Per essere in grado di garantire l'accesso a tutti i servizi disponibili sul territorio e affrontare situazioni di alta complessità o di emergenza, è requisito indispensabile che la Centrale Operativa Territoriale utilizzi un sistema informativo, interconnesso e condiviso con la Centrale Operativa regionale 116117, ovvero la sede del numero europeo armonizzato, per le cure mediche non urgenti, disponibile 7 giorni su 7, 24 ore su 24. I professionisti della Cot lavoreranno a stretto contatto con gli specialisti e i medici di medicina generale per assicurare continuità e appropriatezza delle cure ai pazienti.

- Le Case della comunità che sono state pensate per soddisfare i bisogni di natura sanitaria o sociosanitaria, come un luogo di facile accesso, al cui interno si trovano tutte le figure professionali necessarie per progettare e svolgere tali mansioni, in maniera integrata e multidisciplinare. Queste strutture possono essere di due tipologie, Case della comunità hub, presenti ogni 40.000-50.000 abitanti, Case della comunità *spoke*, per fornire una maggiore capillarità ed equità nell'erogazione dei servizi, soprattutto in territori svantaggiati, come quelli rurali e interni. La maggiore differenza tra le CdC *hub* e *spoke* risiede nei servizi offerti: negli *hub*, ad esempio, è obbligatoria la presenza del punto prelievi e dei servizi diagnostici di base, facoltativi invece nelle *spoke*. Altra differenza sostanziale riguarda le ore di presenza medica e infermieristica: negli *hub*, la figura medica è sempre presente e l'assistenza infermieristica è obbligatoria, 7 giorni su 7, per un minimo di 12 ore al giorno, fino alle 24h raccomandate. Nelle *spoke*, invece, la presenza medica e infermieristica è obbligatoria 6 giorni su 7, per 12 ore giornaliere
- L'Ospedale della Comunità, che è una struttura assistenziale di ricovero con funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli Ospedali di Comunità (OdC) è stato molto lungo: è cominciato nel 2006. All'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 l'"Ospedale di Comunità" veniva definito come una

“Struttura dedicata - all’attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto - al consolidamento delle condizioni fisiche - alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero” e come strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere. Il Patto per la Salute 2014-2016 nel perseguimento degli obiettivi della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale si occupava anche dell’”Ospedale di Comunità” e con il D.M. n. 70/2015 venne introdotto il concetto di “riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio” e di “una più adeguata attenzione alle cure graduate” quali obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Configurava l’”Ospedale di comunità” quale strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura; struttura da intendersi non come struttura ex novo, bensì derivante dalla riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che vengono rimodulate all’interno del nuovo modello organizzativo. Nel 2022 con l’approvazione del decreto ministeriale sui “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza

Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” che contiene le ultime indicazioni sull’organizzazione di vari servizi territoriali. viene definito che in tali presidi l’assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare);
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Lo standard attuale prevede un ospedale per 100.000 abitanti, con 20 posti letto, ed un minimo di 4 posti letto ogni 10.000 abitanti, da implementare progressivamente a seconda dei programmi regionali. Gli Ospedali di Comunità offrono servizi di salute integrati e cure sociali, fungendo da integrazione fra i servizi locali, lavorando sia con i servizi di cure primarie che con gli ospedali per acuti. L’accesso alla struttura può avvenire su proposta del medico di medicina generale, dello specialista ambulatoriale interno e ospedaliero, del pronto soccorso o del pediatra di libera scelta e permette di ridurre i ricoveri ospedalieri non idonei e favorire le dimissioni, garantendo comunque un’adeguata assistenza al paziente. E’ praticamente

una struttura sanitaria che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'Ospedale di Comunità si colloca come struttura di connessione fra la rete dei servizi domiciliari. E' un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà e disponibilità, può essere attivato in pochissimo tempo nelle strutture per anziani già esistenti sfruttando le economie di servizi e personale presente, recupera il patrimonio ospedaliero dismesso e realizza quel punto di riferimento indispensabile all'identificazione del Distretto come presidio sociosanitario ove il cittadino trova tutte le risposte, riduce i ricoveri impropri negli ospedali liberando risorse (Banchieri et al, 2015). Pur condividendo lo stesso modello organizzativo, tra le Case e gli Ospedali della Comunità c'è più di una differenza. Se le prime sono strutture pensate per offrire una risposta di primo livello (e a 360 gradi) alle esigenze delle persone, gli Ospedali sono strutture destinate a ricoveri brevi per interventi a bassa intensità. Possono accedervi infatti pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti che hanno diritto ad usufruire di questa struttura e di questi servizi sono:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica, insorgenza di un quadro nuovo, in cui il ricovero in ospedale risulti non necessario.
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi, che necessitano di interventi di educazione ed addestramento del paziente e del caregiver;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, supporto ed educazione terapeutica, interventi fisioterapici.

Nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura, Infermieri, Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario. Oltre a queste strutture e presidi è importante pensare a come

organizzare l'assistenza sul territorio favorendo le cure al domicilio del paziente. Ma se finora erano più che altro gli infermieri e gli assistenti domiciliari ad occuparsi di prendere in carico i bisogni dei pazienti al domicilio, ora l'idea recente è che gruppi di medici aggregati come prevedeva la Legge Balduzzi, si uniscano e condividano l'erogazione di cure non solamente nei propri ambulatori ma anche al domicilio del paziente, per effettuare analisi diagnostiche utilizzando anche strumenti tecnici portatili che finora erano a disposizione del medico sono nella sede ospedaliera (Governo Italiano, 2022).

### ***2.1.3 Il Servizio Medico Mobile Territoriale. Un esempio dagli altri Paesi del mondo***

Le unità mediche mobili territoriali sono state sviluppate originariamente per un utilizzo di tipo militare durante la Seconda Guerra Mondiale. Tali esperienze sono proseguite anche dopo la fine del conflitto in paesi come gli Stati Uniti, il Regno Unito, Cuba e l'India (Archana, 2018). Negli Stati Uniti in particolare, vi sono circa duemila cliniche mediche mobili che permettono l'accesso alle cure per milioni di persone. I veicoli utilizzati dai professionisti sanitari quali medici, infermieri,

assistenti sociali ed altri operatori per recarsi al domicilio dei pazienti erogano una grande quantità di servizi ed aiutano a superare le barriere di tipo temporale, geografico ed economico presenti nelle comunità, migliorando gli esiti sui pazienti ed i costi dell'assistenza (Malone et al, 2020). A bordo di unità mobili dotate di tutti i comfort ed equipaggiate con attrezzature mediche all'avanguardia, l'equipe medica si reca nelle piazze dei paesi particolarmente distanti dai centri medici ed ospedalieri e, grazie a strumentazioni mediche e diagnostiche di ultimissima generazione (alcune di loro collegabili anche in telemedicina) può effettuare una serie di precise indagini. L'attività medico diagnostica territoriale è un servizio che è stato attivato e sperimentato per tutte quelle persone con oggettive difficoltà negli spostamenti. Negli Stati Uniti queste unità mobili possono essere auto ma anche autobus e caravan ed operano autonomamente oppure come un'estensione delle organizzazioni ospedaliere. E' stato dimostrato che questi servizi migliorano gli esiti sui pazienti ed hanno un costo inferiore. Evitano l'accesso ai costosi servizi emergenziali con ben un quinto di risparmio sulle spese sanitarie. In media, queste cliniche mobili risparmiano 65 anni aggiustati alla qualità della vita ogni anno (una metrica comune utilizzata per studiare i fenomeni dei costi in sanità). Una delle qualità principali di queste cliniche è il fatto che offrono servizi flessibili per gruppi di utenti spesso isolati e vulnerabili e permettono agli stessi professionisti di rispondere in maniera dinamica ai bisogni della popolazione che sono in continua evoluzione. In particolare negli Stati Uniti le cliniche mobili territoriali possono



rimanere in zone specifiche anche colpite da calamità naturali per mesi o anni a seconda del bisogno. Collaborano con le associazioni locali ed i servizi sociali e permettono agli utenti di fruire dei servizi in maniera semplice e lontana dalle difficoltà che spesso vi sono nell'accedere a questi. Vengono offerti servizi quali mammografie ed altri tipi di ecografie e screening preventivi o post-malattia, prelievi ematici avanzati, posizionamento di device percutanei e viene effettuata una grande attività di prevenzione per tutte le fasce di età. Durante il periodo della recente pandemia da Covid-19 le cliniche mobile territoriali sono riuscite a raggiungere utenti vulnerabili soprattutto nelle zone rurali. Attualmente vi sono 2mila cliniche mobile negli Stati Uniti, portando le cure direttamente ai pazienti che ne hanno bisogno. In seguito alla pandemia i servizi mobili territoriali si sono evoluti a seconda del bisogno maggiormente richiesto nelle varie zone (Malone et al, 2020 )

### ***2.1.3 Un esempio di medicina territoriale in Italia: l'esperienza del Gruppo di Intervento Ospedale- Territorio nella ASL Toscana Centro.***

Un esempio interessante di assistenza medica territoriale efficace è quello dell'Azienda Ospedaliera Toscana Centro, che ha dato vita nel 2020 al progetto dei

Gruppi di Intervento Rapido Ospedale-Territorio (Benvenuti et al, 2022). Questo progetto è nato proprio per assistere domiciliariamente gli anziani malati e fragili, anche dal punto di vista medico e non solo infermieristico, cercando di evitarne l'ospedalizzazione incongrua. E' stato creato durante la pandemia Covid per poter rispondere all'esigenza dei pazienti di essere seguiti a casa, pazienti che non avevano le caratteristiche per poter rientrare in una presa in carico a livello ospedaliero. L'attività del progetto, avviata, come si è detto, durante la prima ondata della pandemia (marzo-aprile 2020), è diventata un modello sanitario strutturato durante la seconda ondata e ha previsto: il controllo della diffusione del virus Covid-19

- una valutazione geriatrica multidimensionale comprensiva di stratificazione del rischio e gestione delle sindromi geriatriche
- un inquadramento diagnostico in situ
- il trattamento dell'infezione con approccio basato sulla valutazione geriatrica (Ausl Toscana Centro, 2020).

Passata la pandemia, è continuata questa proiezione dell'ospedale all'esterno dell'ospedale. Il gruppo di professionisti segue ora a casa persone malate, che possono avere riacutizzazioni di patologie croniche, cercando di evitarne l'ospedalizzazione incongrua. Vengono fornite sia visite da parte di specialisti sia approfondimenti clinici come esami, elettrocardiografici, sia farmaci e presidi

sanitari a domicilio del paziente. I professionisti coinvolti sono diversi: geriatri, medici internisti, infermieri, fisioterapisti, nutrizionisti, psicologi, medici palliativisti. Questo gruppo lavora in sinergia e ogni professionista viene attivato a seconda del bisogno. Il servizio può essere attivato dall'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio oppure dal medico di famiglia o dall'ospedale. L'équipe prende in carico totalmente il paziente e, giornalmente, vengono fatte delle riunioni per modificare il tipo di presa in carico. In caso di riacutizzazione della malattia, però, si evita di farlo andare in ospedale: se la persona ha un episodio particolarmente gravoso, interviene il professionista a casa sua. Ed è questo l'aspetto fondamentale dal quale si deve prendere spunto: il fatto che nella fase di malattia acuta si siano riusciti ad evitare i ricoveri ospedalieri, assistendo il malato a domicilio e/o effettuando esami diagnostici più o meno invasivi sempre al domicilio con l'aiuto di professionisti preparati in tali casi. Nel 2022, di 223 pazienti seguiti con questa modalità, sono tornati al pronto soccorso solo 6. Può capitare che il gruppo medico territoriale segua pazienti anche per un anno, magari non in maniera continuativa, per i quali il servizio viene riattivato in caso di riacutizzazione della malattia. Vengono presi in carico pazienti con patologie diverse, anche di tipo oncologico che possono avere delle riprese improvvise con necessità di riadattare lo schema diagnostico e assistenziale rimodulando terapie, impostazioni di cura e piani di assistenza. Dal luglio 2021 ad oggi sono stati presi in carico 1100 anziani con oltre 3mil visite territoriali. Il tempo medio di presa in

carico per ogni paziente è stato di 8-10 giorni e solo il 7% è stato ricoverato in seguito in ospedale, con una mortalità del 5% più bassa della media nazionale per i pazienti anziani ricoverati in ospedale. Per questo il progetto è stato ora esteso a tutto il territorio di pertinenza dell'Azienda Ospedaliera Toscana Centro (Benvenuti et al, 2021). Questa esperienza ha dimostrato che un'integrazione fra ospedale e territorio è possibile ed è uno dei perni per rendere l'assistenza sanitaria più efficace nel prossimo futuro.

## **CAPITOLO 3**

### **L'AMBITO DEL GEMONESE E I PROGETTI DI MEDICINA TERRITORIALE**

#### ***3.1.1 La strutturazione dei servizi nell'ambito del Gemonese***

Per ovviare ai problemi su citati relativi alle difficoltà logistiche, ambientali, strutturali ed economiche dovute all'ambiente rurale e montano in cui si trova, il Distretto sanitario del Gemonese, Valcanale e Canal del Ferro, è stato deciso che comprenda i comuni di: Artegna, Bordano, Chiusaforte, Dogna, Gemona del Friuli, Malborghetto Valbruna, Moggio Udinese, Montenars, Osoppo, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone ed è stato pensato e organizzato come una struttura operativa che ha il compito di individuare i bisogni di salute della popolazione di questa zona e di organizzare delle risposte socio-sanitarie adeguate ed efficienti. Nella zona dell'Alto Friuli, nel creare nuovi modelli organizzativi bisogna, infatti, tenere conto delle principali caratteristiche del territorio, ovvero una densità abitativa bassa, con difficoltà di trasporto. Le persone nella zona risultano avere meno accesso ai servizi essenziali o ritardi nell'accesso agli stessi, con meno conoscenze di quali sono le risorse alle quali poter accedere. Spesso

vivono in luoghi isolati, soprattutto nell'alta montagna, con reti di aiuto formali e informali qualitativamente e quantitativamente carenti. E' presente soprattutto una tendenza di sistema, strutturale, ovvero il progressivo svuotamento delle comunità più periferiche della montagna – in Carnia, ma anche in Valcanale e Canal del Ferro-, dovuto anche alla scomparsa inesorabile di servizi pubblici e privati di natura essenziale. Siamo di fronte a un danno doppio, se si pensa che queste comunità vivono già fenomeni di migrazione e spopolamento che coinvolgono soprattutto i più giovani che si spostano nelle città, oltre che una marcata denatalità, con un conseguente significativo innalzamento dell'età media. Gli anziani che rimangono sul territorio hanno sempre maggiori difficoltà ad accedere alle prestazioni di base di cui hanno necessità. E' altresì un diritto delle persone rimanere nelle comunità in cui hanno sempre vissuto e che hanno fattivamente contribuito a costruire negli anni di lavoro ed anche dopo. Nei paesi della Carnia, al confine con il Veneto e l'Austria, le case vuote aumentano ogni anno di più. Gli abitanti dell'area sono passati dai 44.699 del 1982 ai 35.894 del 2020 -escludendo la popolazione di Sappada, annessa a fine 2017-, mentre la percentuale di *under 20* si è quasi dimezzata (dal 25 al 14%) e quella degli *over 70* è più che raddoppiata (dal 10 al 22%). Se nulla verrà fatto, le previsioni degli esperti per i prossimi 25 anni sono sconfortanti: nel 2045 i residenti saranno solo 27.415 (Dati Istat 2020). Il progressivo abbandono della zona montana sembra ormai inevitabile ma provare a invertire il *trend* è possibile. Le zone rurali e impoverite generalmente possono

soffrire di una salute globale considerata sotto alla media. Nelle zone rurali, i fatti dovuti alle condizioni geografiche ed alla cultura possono portare i residenti ad avere interazioni relative alla salute di minore qualità ed esiti di salute peggiori rispetto a chi vive in zone molto popolate. Per i professionisti che lavorano in questi contesti, le sfide sono molteplici. Le problematiche relative ai territori collinari e montuosi coinvolgono inoltre sia la popolazione anziana, che si trova isolata e contornata da una mancanza di servizi adeguati, sia la popolazione adulta e giovanile, per la quale le opportunità di crescita personale e professionale sono condizionate dalla dispersione e dalla mancanza di attività di sostegno socio-economico adeguate. Il Distretto è dunque attualmente il centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi, e opera in modo coordinato con strutture private e di volontariato che offrano servizi sanitari e socio-assistenziali in una zona così strutturalmente difficile. Per erogare l'attività alle diverse tipologie di utenza, il Distretto è così stato diviso a Gemona in due aree di attività distinte.:

- La prima è l'area delle Cure Primarie, che si occupa della salute delle persone adulte e anziane attraverso interventi di promozione della salute, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. Le cure primarie rappresentano il primo livello di assistenza sanitaria fornita alle persone e alle comunità in un determinato contesto. Questi servizi fungono da punto di accesso primario ai servizi sanitari per la maggior parte delle persone. Le cure

primarie si concentrano sulla promozione della salute, sulla prevenzione delle malattie, sulla gestione delle condizioni croniche e sulla fornitura di cure preventive e di base. Le cure primarie sono spesso responsabili della gestione delle cure a lungo termine per pazienti con condizioni croniche, coordinando la cura tra diversi professionisti sanitari e servizi.

- La seconda è l'area "minori-famiglia-disabilità" che è destinata alla tutela della salute fisica, psichica e sociale della donna, della coppia, della famiglia, dei minori e degli adolescenti, dove operano professionisti che rilevano le situazioni di disagio relative a questo bacino di utenza e mettono in atto gli interventi di prevenzione e di presa in carico dei soggetti coinvolti, sempre lavorando in équipe.

Tra le attività del Distretto previste dalla recente normativa nazionale, rientrano i seguenti servizi:

- il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata che è incaricato di assicurare ai soggetti di qualsiasi età, in condizione di fragilità sociale e sanitaria impossibilitati a recarsi presso strutture/servizi sanitari territoriali e aventi necessità di un'assistenza continuativa, le prestazioni delle quali necessitano, totalmente gratuite e garantite indipendentemente dall'età e dal reddito; si tratta di attività sanitarie mediche, infermieristiche e riabilitative costituite da interventi socioassistenziali e psicologici, con il fine di



prendersi cura della persona fragile a casa propria. Il Medico di Medicina Generale resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici o a esigenze di ricovero ospedaliero.

- In ogni Distretto è stata attivata anche una Unità di Valutazione Distrettuale (UVD). Si tratta dell'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale. Serve per discutere e valutare i casi specifici da prendere in carico e le difficoltà ad essi connesse con le relative soluzioni.
- Per l'anno 2025 verrà inoltre concluso nel presidio di Gemona del Friuli il progetto dell'ospedale di Comunità, che provvederà ad erogare le prestazioni sanitarie necessarie per la popolazione residente. Esso verrà guidato dai medici di medicina generale assieme a consulenti, infermieri ed altri professionisti sanitari a seconda delle necessità e potrà incorporare degenze a lungo termine, cure primarie e servizi di ostetricia. Sarà un punto di riferimento costante nell'arco della giornata, con una sede e un numero di telefono unici cui rivolgersi, e un raccordo fra medici di medicina generale, infermieri, medici di Guardia Medica, servizi sociali. Verrà garantita una presenza medica e infermieristica continuativa lungo l'arco della giornata, arricchita da specialisti per attività di consulenza su richiesta dei medici di

medicina generale. Esistono già nell' attuale Presidio Ospedaliero di Gemona degli ambulatori specialistici internistici e chirurgici che permettono ai pazienti della zona di effettuare visite e piccoli interventi in tempi relativamente brevi, rimanendo vicini a casa. Oltre a questi servizi ambulatoriali ci sono i reparti di Post Acuti e di Assistenza Protratta. Il primo prende in carico pazienti che necessitano di ricovero breve dopo aver subito interventi ortopedici oppure dopo la risoluzione di un'acuzie che necessita di un ulteriore periodo di osservazione e di riabilitazione, mentre il secondo si occupa di assistere i pazienti che hanno bisogno di un ricovero protratto per problemi gravi di autonomia nelle attività di vita quotidiana in seguito a avvenimenti incidentali meccanici o dovuti a insorti problemi neurologici acuti.

- La Guardia Medica, con il previsto nascere dell'Ospedale di Comunità, sarà presente presso la stessa sede, anche per garantire un passaggio di consegne fra il giorno e la notte, fra i giorni feriali e quelli festivi. Il Servizio collaborerà con i Medici di Medicina Generale, i Presidi Ospedalieri, il Servizio Sociale dei Comuni, il Servizio Riabilitativo Domiciliare e gli altri servizi territoriali per rispondere ai bisogni dell'utente e favorire tramite in citato servizio di Assistenza Domiciliare, la permanenza della persona a domicilio secondo un piano assistenziale personalizzato. Gli infermieri garantiranno gli interventi infermieristici quali medicazioni, terapie,

gestione di dispositivi medici, monitoraggio dei parametri clinici con prescrizione medica; i prelievi per gli esami ematochimici a utenti ultra sessantacinquenni esenti ticket, in terapia anticoagulante o per monitoraggi clinici ricorrenti per patologia; monitoraggio e gestione di malattie croniche in collaborazione con i Medici di Medicina Generale; interventi educativi e relazionali rivolti alle persone malate e alla loro famiglia, con lo scopo di educare e sviluppare l'auto-cura, prevenire le complicanze, supportare le persone e accompagnare nella fase terminale di malattia, erogazione di interventi atti a promuovere la salute e informazioni socio-sanitarie.

In questo contesto organizzativo, l'iter per l'accesso degli utenti ai servizi territoriali prevederà le seguenti fasi:

1. segnalazione;
2. raccolta della domanda;
3. accoglimento e prima valutazione della domanda;
4. visita congiunta;
5. pianificazione;
6. intervento assistenziale;
7. valutazione

La casa della Comunità di Gemona inoltre, che verrà terminata nel 2026, opererà in rete con gli ospedali e gli altri Enti presenti sul territorio (Ambiti, Enti Locali, Aziende pubbliche per i servizi alla persona) consentendo la presa in carico integrata della persona che verrà posta al centro del sistema. L'integrazione ospedale-territorio si realizzerà naturalmente con la collaborazione delle diverse figure professionali.

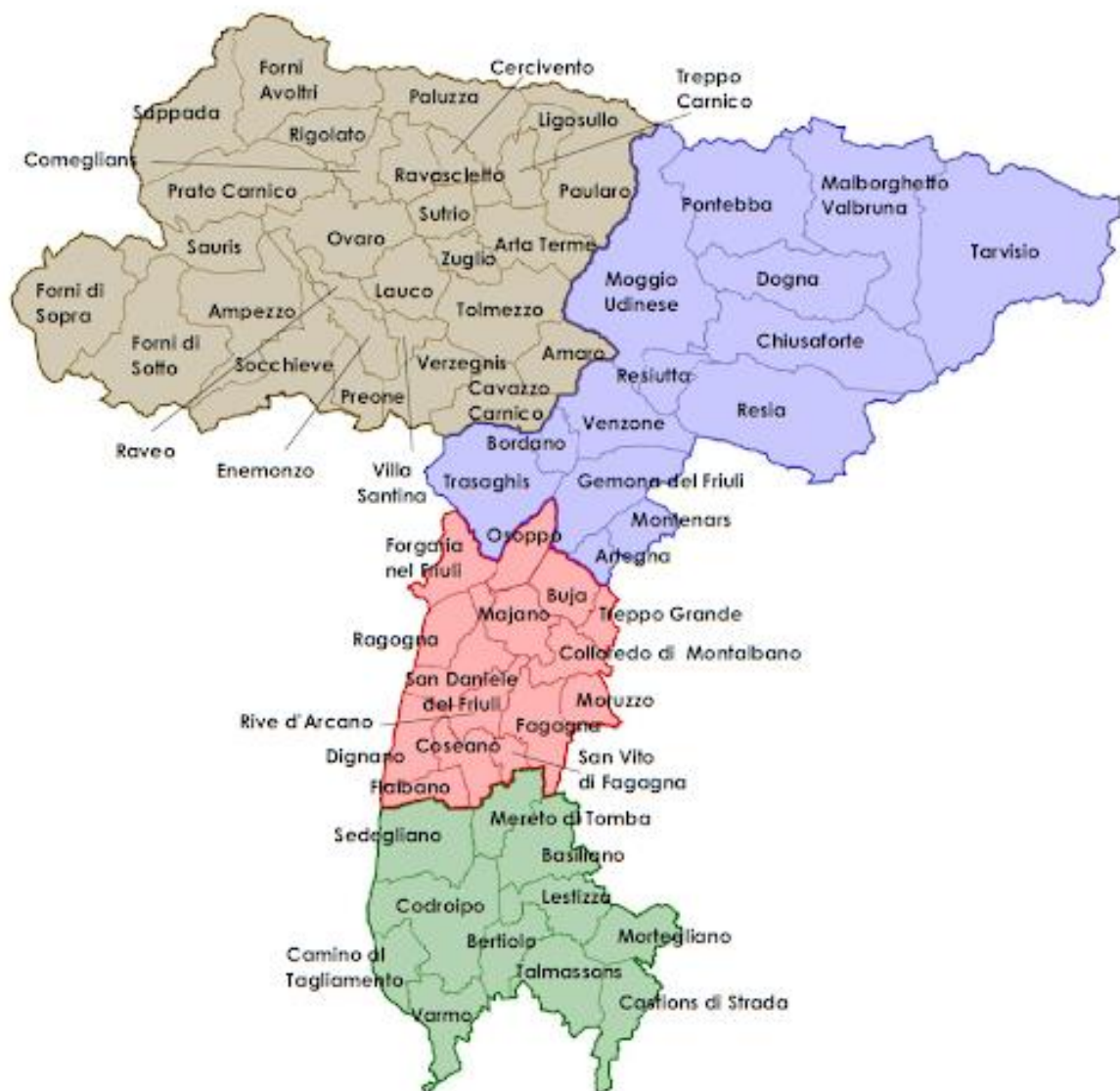


Figura 1. Il Territorio del Gemonese evidenziato dalla parte colorata in blu della cartina.

### ***3.1.2 L'esperienza delle Unità Speciali di continuità assistenziale***

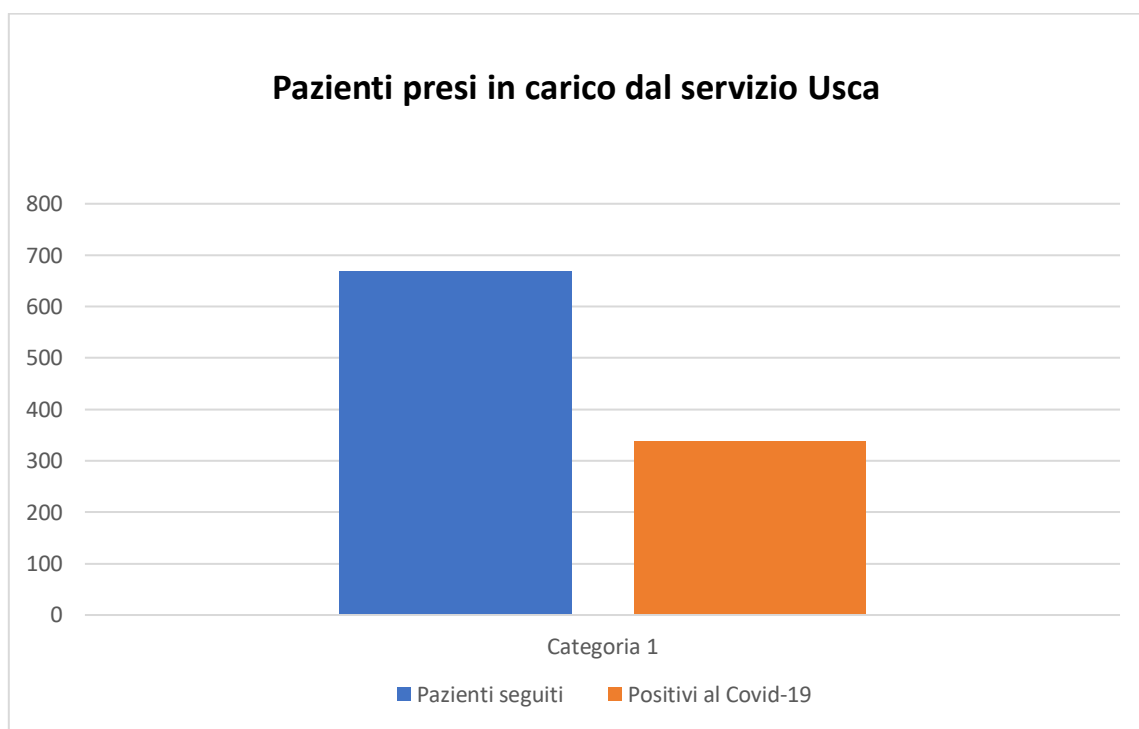
Il sovraccarico del sistema ospedale-territorio durante a pandemia da Covid-10 scoppiata nel 2020, ha comportato molti rischi per i cittadini a causa delle poche risorse emergenziali presenti durante la prima ondata. Il sistema sanitario non era preparato ad affrontare un'evenienza di queste dimensioni. Durante la seconda e terza ondata, quando il governo ha cercato tutte le risorse finanziare e strutturali disponibili per affrontare la situazione, molti sono stati i casi di contagi gestiti fuori dalle sedi ospedaliere. Per questo motivo il Governo con l'art. 8 del D. L. 14/2020 ha istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale in tutte le regioni, compreso il Friuli Venezia Giulia e la zona del Gemonese. Esse sono state create specificatamente per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero, in numero di una unità ogni 50mil abitanti. Si è trattato nello specifico di una unità mobile di un medico e di un infermiere che si è recata al domicilio dei pazienti affetti da Covid-19, un progetto simile ai Gruppi di Medicina Territoriale Toscani di cui si è parlato prima, ma creato specificatamente per gestire i casi di pazienti che avevano contratto il Covid-19 e che potevano essere curati al domicilio. In questo periodo infatti è risultato fondamentale lavorare sul territorio con una triplice funzione:

- l'aiuto ai medici di base che hanno avuto un aumento improvviso di richieste
- il supporto diretto alla popolazione nella propria casa e la possibilità di evitare l'intasamento degli ospedali, in un momento di afflusso estremamente elevato.

I medici dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale per lo svolgimento delle specifiche attività sono stati dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale, di idonei dispositivi di protezione individuale e sono stati invitati a seguire tutte le procedure normative per la gestione dei casi di Covid-19. Il progetto ha :

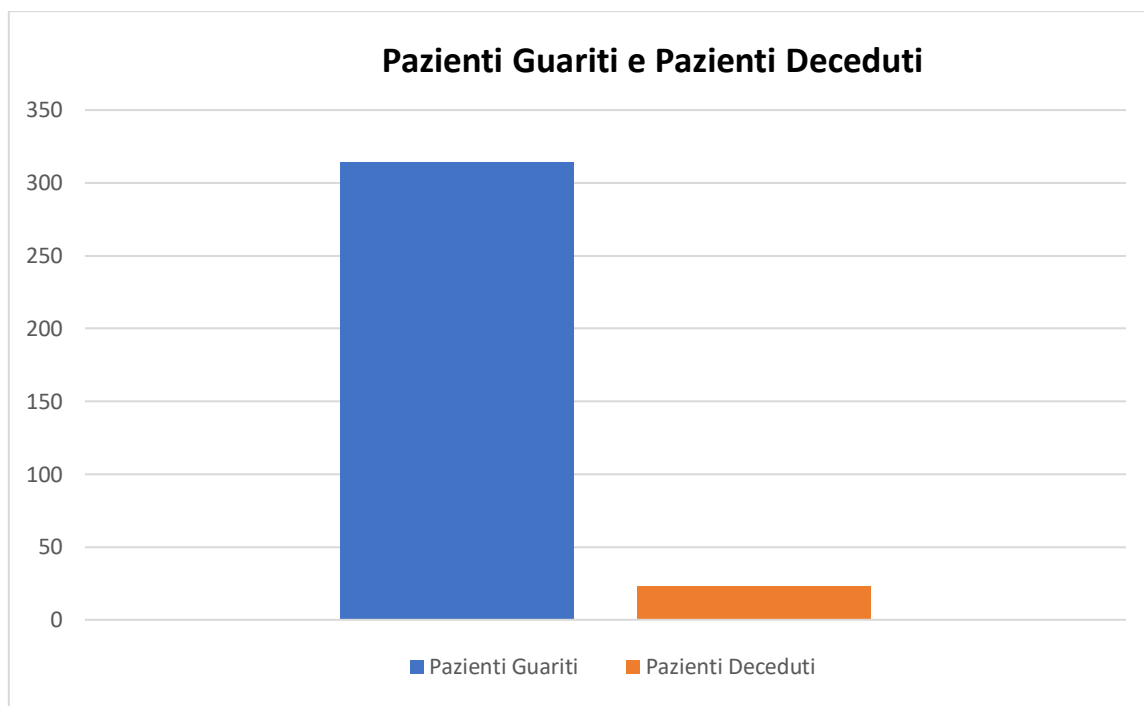
- favorito una gestione quanto più efficace possibile delle problematiche cliniche di pazienti al domicilio, evitando le ospedalizzazioni non necessarie
- fornito un supporto all'attività dei Medici di Medicina Generale garantendo la possibilità di un confronto sui casi di maggiore complessità
- coniugato i principi di prossimità delle cure, equità distributiva ed efficienza dei Servizi forniti al cittadino

L'esperienza delle Usca è durata in Friuli fino al Luglio del 2022 e nel mese di Febbraio 2023. Si riportano di seguito le tabelle con i dati principali del servizio:



**Tabella 1.1** Sono stati 669 i pazienti segnalati dai Medici di Medicina Generale (MMG) di cui 337 positivi.

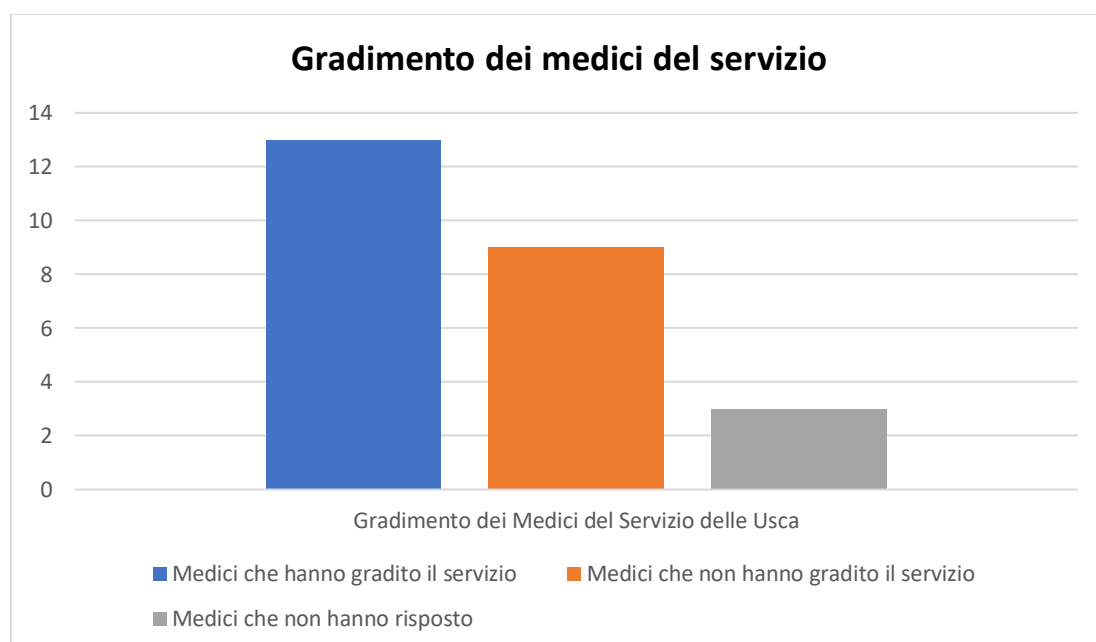




**Tabella 1.2 Sul totale dei pazienti presi in carico dal servizio, 314 sono guariti e 23 (6,8%) deceduti.**

L'USCA nel gemonese è stata chiamata a gestire in media 17,45% dei pazienti positivi degli MMG in genere quelli più impegnativi da un punto di vista clinico e quindi quelli che necessitavano di follow up e di valutazioni domiciliari più frequenti e più ravvicinate. Nel complesso comunque si ritiene che l'intervento dell'USCA in associazione a quello dei MMG abbia contribuito a curare e/o a non ospedalizzare l'89% dei pazienti positivi al SARS-Cov2. Da un questionario

sottoposto a un campione di 25 MMG dell'Azienda finalizzato a verificare il grado di soddisfazione percepito dai professionisti riguardo all'attività del Servizio USCA, alla domanda se l'USCA potesse essere utile anche dopo la fine della pandemia 13 medici su 25 (il 52%) ha risposto di sì, 9 medici hanno ritenuto di no (il 36%), mentre in 3 (il 12%) non hanno saputo dare una risposta.



**Tabella 1.3 Il Gradimento dei Medici coinvolti nel Progetto Usca nel Gemonese.**

Nel percorso di gestione della pandemia si è assistito ad una progressiva evoluzione del Servizio USCA dai primi mesi di attività alla loro conclusione nel Luglio del 2022, prevalentemente in termini di:

- affinamento delle possibilità diagnostiche con acquisizione di esperienza nell'utilizzo dell'ecografo al domicilio del paziente (esclusione/presenza di coinvolgimento polmonare);
- ottimizzazione dell'approccio terapeutico domiciliare soprattutto grazie alla disponibilità di protocolli terapeutici di cure domiciliari e di trattamenti mirati (es. anticorpi monoclonali, antivirali);
- incremento della collaborazione e del lavoro di squadra del personale USCA con i diversi professionisti territoriali;
- migliore definizione dei percorsi (modalità di attivazione del Servizio, segnalazione dei casi, opinione dello specialista);

Il Servizio USCA così come concepito, si è dimostrato un ottimo strumento per la gestione territoriale dei pazienti con infezione da SARS-Cov2 pur necessitando di aggiustamenti nel tempo dovendosi integrare con servizi e professionisti strutturalmente già operanti nella realtà del territorio. Tuttavia, erano state individuate alcune criticità:

- l'istituzione dell'USCA in FVG (e pertanto anche nel territorio gemonese) è stata probabilmente troppo tardiva per essere realmente efficace nel corso della prima ondata della pandemia (pienamente attiva solo a fine Aprile 2020);
- all'inizio della pandemia la comunicazione tra Regione, Azienda Sanitaria e Medici di Medicina Generale non è risultata sempre efficace, causando problematiche nella coordinazione con le altre realtà presenti sul territorio;
- il territorio assai vasto ha reso difficoltoso, in ogni fase della pandemia garantire il Servizio con lo stesso livello di intensità in termini di prestazioni assicurate da parte dei professionisti.

Hanno rappresentato invece punti di forza:

- la disponibilità del Servizio 7 giorni su 7, 12 ore al giorno;
- la gestione del Servizio a livello di singolo Distretto Sanitario: il governo del Servizio in capo al Direttore di Distretto ha consentito di impiegare al meglio le risorse alla luce delle necessità specifiche dei diversi territori.

La gestione territoriale della pandemia da SARS-Cov2 ha evidenziato, relativamente al lavoro integrato dei professionisti facenti parte della rete territoriale (Medici di Medicina Generale, Medici dell'Unità di Continuità

Assistenziale, Infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare), margini di miglioramento limitatamente ad alcuni aspetti relativi alla comunicazione con riferimento alla qualità (tipologia e contenuti), quantità e modalità di trasmissione (informatizzazione) delle informazioni trasmesse. In particolare si è ravvisata la necessità anche di informazioni aggiuntive non sempre fornite, quali la comorbidità del paziente, le terapie farmacologiche assunte, il contesto socio-famigliare.

## CAPITOLO 4

### IL PROGETTO DEL SERVIZIO MEDICO MOBILE TERRITORIALE NEL DISTRETTO DEL GEMONESE, VAL CANALE E CANAL DEL FERRO

#### *4.1.1 L'evoluzione dei servizi medici territoriali a Gemona*

I primi servizi medici erogati sul territorio del Gemonese risalgono all'epoca Medioevale, quando il medico di famiglia che spesso gestiva un bacino di utenza di migliaia di persone, si recava al domicilio per visitare i pazienti che lo necessitavano, ma che venivano poi nella maggior parte dei casi trasportati nei luoghi monastici che erano adibiti a luoghi di cura, dove gli infermi venivano poi custoditi più che "curati". Gli ospedali infatti erano annessi al monastero ed in particolare a quello di Moggio Udinese che faceva parte di quello che oggi è il Distretto del Gemonese e Canal del Ferro. Il primo vero e proprio ospedale del Gemonese fu invece quello di Santo Spirito in Ospedaletto, fondato agli inizi del 1200. L'Ospedale San Michele di Gemona nacque in seguito, nel 1259, grazie a un lascito di un nobile locale Rodolone, a cui oggi è intitolato il piazzale antistante il nosocomio, ed era collocato di lato al Duomo nel Centro Storico della Città. Esso servì per secoli la cittadina. Purtroppo però il terribile terremoto del 6 maggio 1976, che fece 1000 morti in

Friuli, di cui la maggior parte a Gemona, ed un numero indicibile di feriti, cancellando paesi interi, Gemona compresa, lesionò il nosocomio antico, di cui, però, fu recuperata una parte che è diventata di proprietà dell'Ater Alto Friuli. Nel 1976 era in costruzione, nel sito dell'attuale Ospedale, una grande struttura ospedaliera, a carattere provinciale a 9 piani con 300 posti letto, che doveva essere di riferimento per tutto l' Alto Friuli, che però, vista anche la sua altezza, fu danneggiata irrimediabilmente e venne demolita negli anni successivi. La provvisorietà del nosocomio ebbe termine nel 1985 con la ricostruzione dell'attuale San Michele, dopo una lotta dei cittadini per riaverlo. I servizi dei Medici di Medicina Generale che fra gli anni 70 e quelli a cavallo con la costruzione del nuovo ospedale erano saliti ad alcune unità, venivano erogati sia in sede ambulatoriale che domiciliare, ma l'assistenza vera e propria territoriale e l'annessa conoscenza delle problematiche delle persone nel loro luogo di vita erano prerogativa del personale infermieristico domiciliare e delle assistenti domiciliari. Bisogna giungere agli anni '90 per parlare di una vera e propria erogazione di esami specialistici a domicilio, quando i medici del reparto di Medicina di Gemona si recavano a casa dei pazienti per ecografie e procedure invasive, in orario di servizio. Si trattava di un servizio non strutturato e non completamente organizzato, che non seguiva specifici protocolli ma che fu uno dei primi tentativi di portare alcune attività specialistiche che venivano fino a quel momento erogate solo in sede ospedaliera, al domicilio dei pazienti. Parlando con gli abitanti della zona essi ancora ricordano che a volte

il medico del reparto si recava al loro domicilio o al domicilio di un parente o vicino di casa, per posizionare gastrostomie endoscopiche percutanee o per effettuare ecografie cardiache semplici, naturalmente con la strumentazione disponibile allora. In seguito dopo la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali i Medici di Medicina Generale si sono riuniti per poter erogare un'assistenza sanitaria maggiormente efficace che potesse raggiungere anche le zone più isolate di questo particolare territorio. La collaborazione con il Servizio Infermieristico Domiciliare è stata fondamentale ed ha permesso di conoscere approfonditamente le realtà che necessitavano di interventi mirati e di far sì che la presa in carico dei pazienti fragili evitasse in molti casi la loro ospedalizzazione permettendo agli stessi di ricevere diagnosi e erogazione delle cure anche al domicilio. Negli anni più recenti, in particolare dopo il 2020 e la pandemia da Covid-19, gli organizzatori della Medicina Territoriale del Gemonese rappresentati in primis dai Direttori del Distretto che si sono succeduti negli anni, si sono ispirati all'esperienza delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale di cui si è parlato nei precedenti capitoli ed alle esperienze già attuate in altri Paesi del mondo, per decidere nell'anno 2023 di investire in un Servizio Medico Mobile Territoriale specifico per la gestione di alcune patologie al domicilio, sempre con lo scopo, oltre a quello di migliorare gli esiti delle cure, di evitare i disagi dei pazienti anziani o che presentano problemi di mobilità dovuti a varie cause, evitando loro di doversi spostare dal domicilio alla sede ospedaliera, nonché con l'ulteriore importante scopo di diminuire ed



eventualmente evitare gli accessi in ospedale, che sono causa di costi elevati sia per le persone che per il sistema sanitario.

### ***4.1.2 La strutturazione del Progetto***

I medici referenti del progetto del Servizio Medico Mobile Territoriale iniziato nel mese di Febbraio 2023 sono stati il Direttore del Distretto Dott. Giovanni Cattani, che aveva seguito il progetto precedente delle Usca, e il Dott. Alessandro Cigalotto, Dirigente Medico dipendente c/o l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e afferente al Distretto Sociosanitario Gemonese, Val Canale Canal del Ferro e i medici facenti parte dell' Aggregazione Funzionale di Medici di Base del Distretto. L'attivazione del Servizio di Medicina Territoriale è stata effettuata dal medico di medicina generale o dall'infermiere del Servizio Infermieristico Domiciliare, tramite numero di telefono dedicato ed agenda e, alla fine del servizio, è stato redatto un referto su Sistema di Refertazione Regionale Clinico, talora accompagnato da feedback telefonico in casi particolari. Il servizio in particolare ha previsto di supportare i medici di famiglia per valutazioni di pazienti e procedure particolari relativamente urgenti o programmate quali:

- Procedure invasive

- Ecografie a letto del paziente
- Supporto agli infermieri del servizio domiciliare per l'effettuazione delle procedure
- Supporto a progetti territoriali (quali quello recente di effettuare emotrasfusioni a domicilio)
- Spirometrie
- medicazioni semplici e avanzate
- posizionamento di accessi venosi sotto guida ecografica
- posizionamento di catetere vescicale sotto guida ecografica o senza
- toracentesi sotto guida ecografica
- paracentesi sotto guida ecografica
- Emotrasfusioni/infusioni di farmaci programmate
- Esami urgenti da effettuarsi a domicilio (come l'Emogasanalisi)
- Presa in carico di pazienti con problematiche croniche in fase di riacutizzazione o scompenso (ad esempio con scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva), pazienti con problematiche acute non necessitanti di ricovero ospedaliero (ad esempio con eventi infettivi acuti quali erisipela, polmoniti), pazienti necessitanti di una valutazione al fine di definire il setting di gestione più adeguato.

Il Medico di Medicina Generale ha:

1. Valutato la necessità dell'intervento
2. Valutato il tipo d'intervento
3. Valutato l'urgenza dell'intervento
4. Valutato la fattibilità territoriale dell'intervento
5. Ha contattato direttamente l'operatore e concordato l'intervento e tempistica

Ha in seguito ricevuto la relazione finale da parte del Medico del Servizio Mobile Territoriale sulla procedura ed eventuale follow up e ha deciso e predisposto l'eventuale ricovero ospedaliero. Gli spostamenti nel territorio sono stati effettuati con autovettura inizialmente fornita dall' Azienda Ospedaliera Friuli Centrale e poi con l'auto dedicata equipaggiata fornita dalla Comunità di Montagna. La disponibilità del Servizio è stata di circa 30 ore settimanali (da lunedì a venerdì dalle 08.00 alle 14.00, nei giorni feriali) per una popolazione di pazienti che si trovavano al proprio domicilio e impossibilitati a spostarsi da esso. Se paziente non era già in carico ai Servizi distrettuali è stata prevista l'attivazione diretta da parte del medico di medicina generale che ha presentato il caso e motivato la necessità dell'intervento. Il Professionista coinvolto Dottor Cigalotto non è però intervenuto per urgenze mediche o traumatiche severe che hanno necessitato dell'attivazione del servizio di urgenza nei casi di pazienti con:

- Dolore toracico
- dolore addominale acuto
- Insufficienza respiratoria/cardiac/renale/epatica acute
- Febbre aspecifica
- Convulsioni/cefalea/urgenze neurologiche

#### ***4.1.3 I risultati del Progetto secondo il Direttore del Distretto***

Per la compilazione di questo lavoro di tesi, sono state svolte delle interviste specifiche al Direttore del Servizio Distrettuale che per primo ha improntato il Progetto di Medicina Territoriale di cui si è scritto, Dottor Giovanni Cattani. La riforma dell'assistenza territoriale passa infatti anche attraverso il Distretto che sempre più dovrà diventare un punto di riferimento strategico nella gestione dell'assistenza. Il Direttore del Distretto ha la responsabilità della gestione di importanti risorse, dell'offerta e soprattutto degli esiti, ovvero dare risposte complesse ai bisogni complessi di persone e famiglie. Deve imparare a correlare risorse disponibili e obiettivi nel budget, analizzare il bisogno di salute della popolazione residente, servirsi delle mappe epidemiologiche del territorio in cui opera. Deve quindi operare con logiche manageriali ma senza dimenticare di dover

comprendere in maniera empatica e costruttiva i bisogni sia della popolazione a cui erogare i servizi sia dei dipendenti professionisti con cui collaborare. Gli obiettivi del Progetto prevedevano:

- favorire una gestione quanto più efficace possibile delle problematiche cliniche di pazienti al domicilio, evitando le ospedalizzazioni non necessarie;
- fornire un supporto all'attività dei Medici di Medicina Generale garantendo la possibilità di un confronto sui casi di maggiore complessità.
- coniugare quanto più possibile i principi di prossimità delle cure, equità distributiva ed efficienza dei Servizi forniti al cittadino.

Ci si aspettava una riduzione degli accessi ospedalieri o ambulatoriali, l'aumento della collaborazione con i medici di medicina generale su casi complessi, la formazione dei nuovi medici di medicina generale, la riduzione delle spese di trasporto dei pazienti alle varie strutture sanitarie se non autonomi nonché un buon livello di gradimento da parte degli utenti finali. Gli esiti sono andati oltre le aspettative per quanto riguarda il numero di invii in ospedale evitati e, non secondario, il gradimento dei pazienti, dei familiari e dei medici di medicina generale creando ulteriori aspettative più difficilmente raggiungibili con le scarse risorse attuali. Nello specifico, si sono riscontrati:

- Risparmio di almeno 500 accessi a strutture ospedaliere/specialistiche

- Collaborazione piena e soddisfacente con i medici di MMG
- Collaborazione continua ed efficace con il Servizio Infermieristico domiciliare

In merito ai possibili miglioramenti del servizio, si è visto di come sarebbero auspicabili una stabilità dei mezzi di servizio (auto dedicata) e il completamento della dotazione strumentale prevista ma non ancora implementata, con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale durante le visite o le procedure, con una più specifica attivazione. Sarebbe necessaria, inoltre, una piattaforma informatica comune tra il Servizio di Medicina Territoriale e la Cartella informatizzata Distretto. Si è inoltre pensato che sarebbe utile l'interazione con Servizio Riabilitativo Domiciliare ed, in futuro, con gli operatori delle future Case di comunità dell'Azienda. Al momento si stanno condividendo i dati dello studio pilota con Direzione strategica dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale anche in questa ottica. In sintesi, i punti di forza del progetto sono stati:

1. Capacità di gestione di problemi clinici complessi anche al domicilio
2. Capacità di eseguire tecniche multispecialistiche effettuabili a domicilio/ambulatorio.

Quanto ai punti di debolezza, i principali sono stati i seguenti:

1. un solo medico dedicato al domicilio per ora, il Dottor Alessandro Cigalotto, con conseguente sospensione del servizio in caso di ferie o malattia.

2. Il sempre più progressivo ampliamento della zona di attività e quindi dilatazione dei tempi di viaggio e visita.
3. La mancanza di alcuni strumenti previsti (monitor defibrillatore, frigo per trasporto farmaci/emoderivati)
4. Il fatto che non vi siano percorsi dedicati per l'effettuazione di esami, imaging, visite specialistiche al di fuori delle liste del Centro Unico di Prenotazione.
5. Il rischio di delegittimazione dei medici di medicina generale che non partecipano alle visite domiciliari effettuate dal Dottor Cigalotto.

Si evince dunque di come siano stati raggiunti gli obiettivi importanti di evitare ospedalizzazioni, ricoveri e accessi ospedalieri impropri, riuscendo a far rimanere l'utente al proprio domicilio per l'effettuazione degli esami diagnostici. Il punto debole maggiore, nel complesso, è stato il fatto che il Dottor Cigalotto ha lavorato assieme agli infermieri del servizio domiciliare mentre servirebbero ulteriori medici esperti in diagnostica avanzata per poter ampliare il servizio e renderlo maggiormente strutturato così di aumentare ancor di più gli esiti positivi. Vediamo ora che cosa pensano i Medici di Medicina Generale del progetto avviato.

#### ***4.1.4 La visione dei Medici di Medicina Generale coinvolti***

## *nel progetto*

L'Aggregazione Funzionale Territoriale prevista dalla legge Balduzzi presente nel Distretto del Gemonese nel corso degli anni ha portato ad esiti soddisfacenti per quanto riguarda la presa in carico dei cittadini fragili. I medici riuniti hanno effettuato anche attività di prevenzione verso tutte le fasce di età, in concerto con il servizio di Assistenza Sanitaria presente presso il Presidio Ospedaliero, nonché futuro Ospedale di Comunità. I medici lavorano sempre in concerto fra di loro, si scambiano informazioni sui pazienti e indicazioni reciproche su come operare nei loro confronti. Secondo gli stessi, questo scambio di operatività e conoscenza sta portando nel tempo a risultati di efficienza non solo organizzativa ma anche e soprattutto diagnostica nei confronti degli assistiti, che si sentono curati con attenzione. Un altro esito positivo delle Aggregazioni Funzionali a Gemona è stato il minor spreco di risorse anche grazie alla strumentazione essendo condivisa fra i professionisti. Nei Presidi di Gemona sono presenti gli ambulatori di Cardiologia, Diabetologia e Cardiologia dello Sport, che permettono ai medici riuniti di poter far accedere i propri assistiti a visite specialistiche in tempi brevi e senza doversi spostare fuori dal territorio. I medici delle Aggregazioni Funzionali hanno collaborato nel progetto del Servizio Medico Mobile Territoriale erogato ai cittadini con lo scopo di favorire la permanenza della persona sofferente a casa propria. Secondo quanto riferito dagli stessi il servizio è stato attivato tenendo conto delle



caratteristiche di età e multimorbilità della popolazione afferente ai distretti interessati, della distanza degli utenti dai servizi primari tipica delle zone montane, della carenza di medici di medicina generale e della progressiva contrazione del numero di posti letto ospedalieri disponibili. Le problematiche affrontate hanno spaziato dalla dispnea respiratoria e cardiaca in soggetti anziani e con patologia neurologica invalidante, al sospetto di trombosi venosa profonda in paziente neoplastico, all'inquadramento dell'ittero ostruttivo in ultranovantenne istituzionalizzato, al trattamento infiltrativo articolare sotto guida ecografica. Alla richiesta fatta ai medici di un esempio specifico di intervento, rimasto particolarmente impresso, viene riportato quello di un paziente allettato per esiti di emorragia cerebrale, portatore di stomia percutanea e tracheostomia, in condizioni gravi per insufficienza respiratoria acuta su cronica ad eziologia non chiara, non ospedalizzabile per precise disposizioni (DAT) del paziente stesso e condivise con la moglie. Il Paziente è stato valutato in equipe e posta diagnosi di polmonite a focolai multipli ed atelettasia polmonare sinistra. E' stato consultato lo specialista Otorinolaringoiatra per escludere eventuali problematiche correlabili a malfunzionamenti della tracheostomia. E' stato infine coinvolto l'infettivologo (anch'esso disponibile sul territorio pur se non come figura strutturata). Il paziente è stato quindi trattato con terapia antibiotica empirica ragionata, in infusione continua attraverso cateteri intravenosi centrali, posizionato a cura degli infermieri dedicato del Servizio Infermieristico Domiciliare. Con i trattamenti impostati si è

assistito a progressivo miglioramento delle condizioni generali con pressoché completa restitutio alle condizioni cliniche abituali. Sono state rispettate le volontà del paziente e della famiglia, gestendo l'acuzie totalmente al letto del malato, dalla fase diagnostica a quella terapeutica, utilizzando gli strumenti disponibili con costi ridotti. L'obiettivo è stato raggiunto grazie all'alleanza terapeutica stabilita tra i servizi e il nucleo familiare. Tale elemento è fondamentale per poter gestire criticità di questo tipo nel setting delle cure primarie domiciliari dove il care giver ricopre un ruolo determinate. Il ruolo del case manager è stato affidato ai Medici di Medicina Generale facenti parte dell'Aggregazione Funzionale, chiamati in causa ogni qual volta fosse coinvolto un loro specifico paziente nella necessità del servizio. Il Medico di Medicina Generale ha attivato in sequenza il Medico del Servizio Mobile Territoriale Dottor Cigalotto, gli specialisti coinvolti e il Servizio Infermieristico Domiciliare. Il Medico di Medicina Generale ha provveduto a rilasciare ricette per farmaci e impegnative per i controlli, ha monitorizzato l'andamento del caso e controllato l'evoluzione clinico laboratoristica ricontattando i colleghi per gli aggiornamenti e per l'eventuale fine dei trattamenti. I punti di forza del servizio secondo i medici stessi, sono stati sicuramente l'esperienza dei singoli professionisti coinvolti che già lavorano da molto tempo nel Distretto coinvolto dal progetto e la marcata collaborazione fra gli stessi, nonché la forte connessione lavorativa con il Servizio Infermieristico Domiciliare con il quale oltre all'erogazione delle cure ci sono stati gli scambi di informazioni pertinenti ai

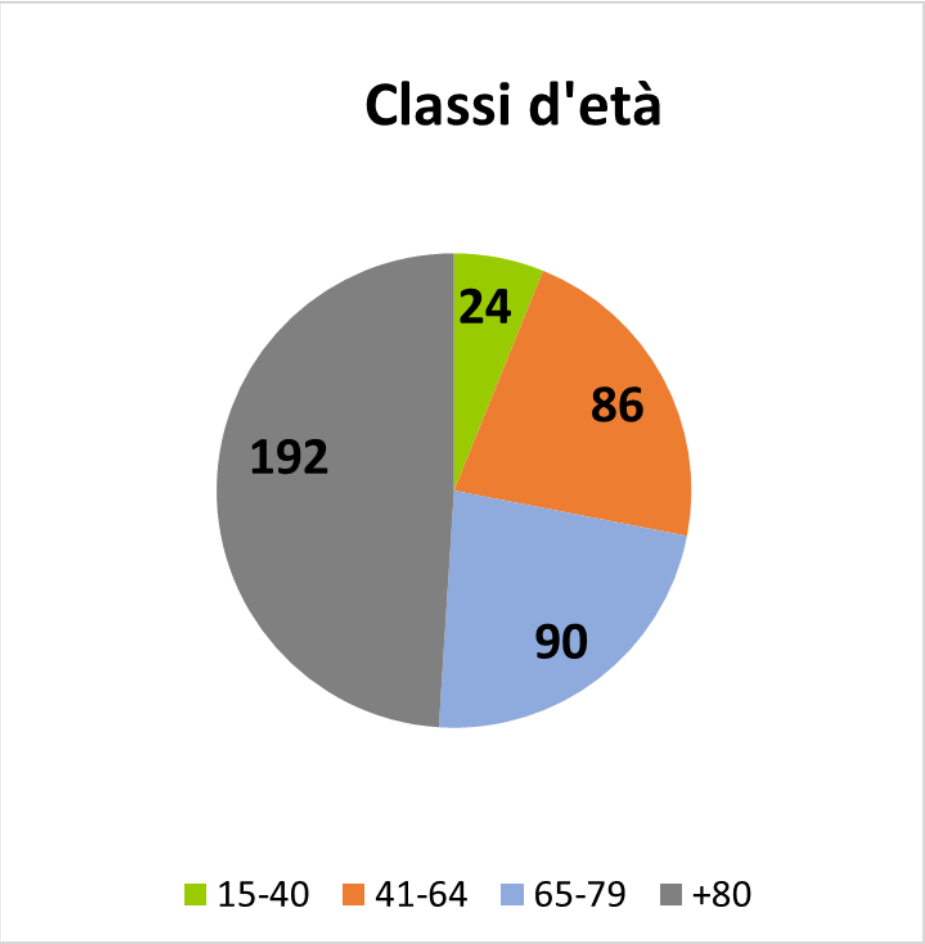
pazienti seguiti che hanno permesso che il servizio fosse sempre adeguato alla richiesta. Quanto ai possibili miglioramenti, si ribadisce di come il Medico del Servizio Mobile Territoriale ha ricevuto in dotazione un ecografo portatile ma non ha ancora a disposizione, pur avendolo richiesto, un elettrocardiografo. Andrebbe inoltre potenziata la strumentazione per la telemedicina e la relativa organizzazione per l'interpretazione dei dati. Andrebbe codificato un percorso più snello per la richiesta e la fornitura di presidi e farmaci attualmente prescrivibili e utilizzabili solo nel setting ospedaliero, ma spesso utili e utilizzabili sul territorio se correttamente prescritti ed impiegati. Attualmente nel Distretto c'è la possibilità di richiedere consulenze e interventi domiciliari inerenti la Medicina Palliativa e la Piccola Chirurgia ma sarebbe importante potenziare il Servizio Infermieristico Domiciliare, che ha un numero di professionisti giudicato insufficiente a gestire le sempre crescenti necessità del territorio. Analoghe considerazioni vanno applicate agli Operatori Socio-Sanitari e ai Fisioterapisti. Infine il problema della carenza di Medici di Medicina Generale che è ben noto. Andrebbe integrata meglio la collaborazione con i Colleghi della Continuità Assistenziale (Guardia Medica , che rappresentano un anello fondamentale nella gestione dei fragili nel contesto delle cure domiciliari. Rispetto all'estensione del progetto ad altri territori in concerto con altre Aziende, secondo i Medici delle Aggregazioni Funzionali sarebbe importante uniformare l'offerta e che si miri a questo, sempre tenendo conto della specificità dei singoli ambiti in una regione che presenta estrema variabilità nella

conformazione e densità abitativa del territorio. E' stata rilevata la fondamentale importanza del lavoro in equipe con la possibilità di condividere i problemi e di crescere professionalmente., nonché la soddisfazione di pazienti e familiari che si sentono tutelati e seguiti, sapendo di poter contare sui servizi dai quali ricevono risposte pronte e uniformi.

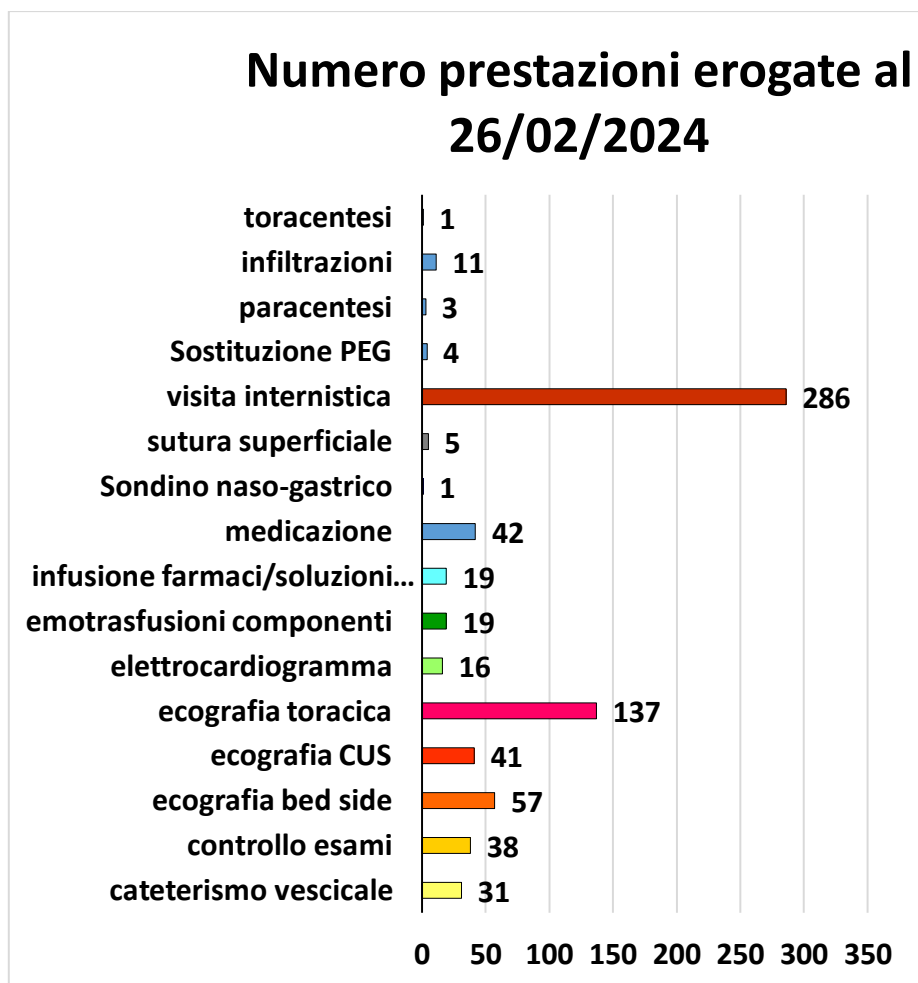
#### ***4.1.5 Gli esiti del Progetto riassunti in Tabelle***

Gli esiti specifici del Progetto sono stati raccolti in formato Excel e poi rielaborati e riassunti in Tabelle che qui si riportano. Come si evidenzia dai dati, c'è stata complessivamente un'elevata percentuale di pazienti che hanno ricevuto diagnosi e cure al domicilio, evitandone così l'ospedalizzazione, con conseguenti diminuzione dei costi e degli sprechi, maggiore efficacia ed efficienza e soddisfazione dell'utente, che essendo stato seguito a domicilio ha potuto rimanere nel suo luogo abitativo. E' stato osservato di come si siano evitati ben 388 ricoveri o accessi ospedalieri impropri grazie all'attuazione di questo Servizio Medico Mobile Territoriale, le cui prestazioni maggiori in numero sono state quelle di tipo internistico per pazienti con scompenso cardiaco, broncopneumopatie associate spesso a comorbilità di tipo tumorale. Il Servizio ha avuto come esito importante anche quello di aver sgravato dai caregivers che assistono i pazienti sia al domicilio

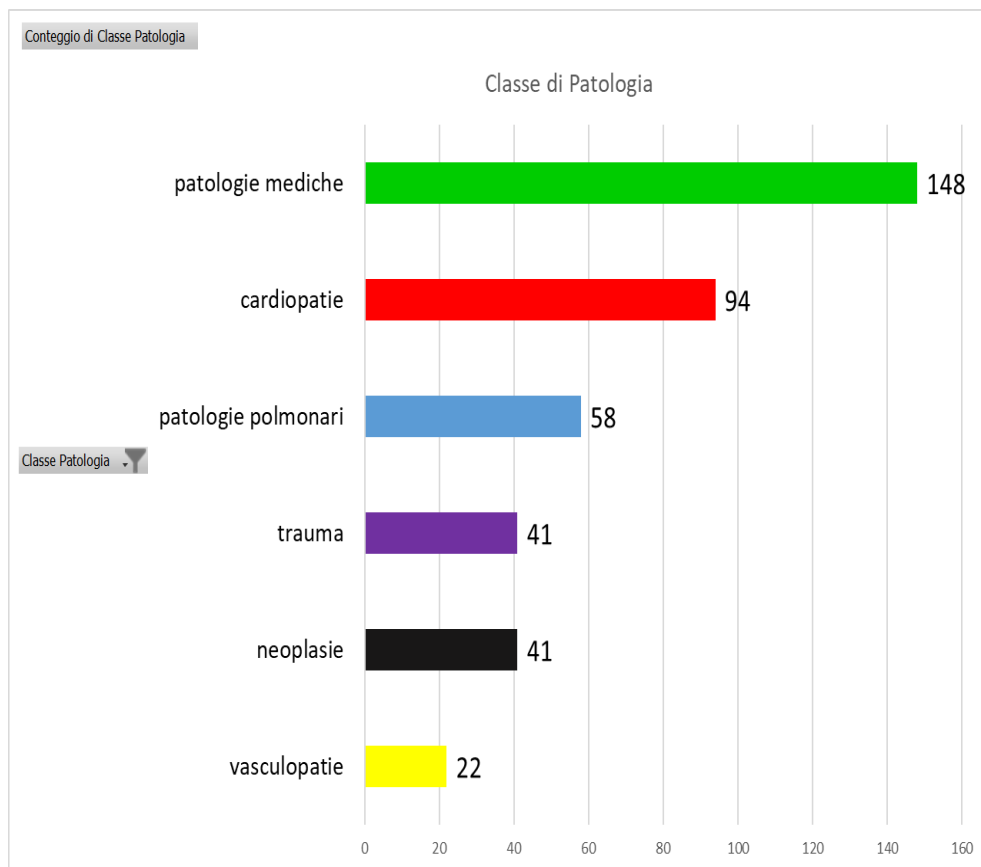
che in casa di riposo, il compito di portarli con i loro mezzi negli ospedali, il che avrebbe aumentato ancora di più i costi sia per le strutture che per le famiglie. Non parliamo poi del disagio psicologico e fisico che avrebbero avuto i pazienti se avessero dovuto recarsi in ospedale per poter effettuare le indagini diagnostiche di cui necessitavano. Le classi di età sono state di ogni genere ma in particolare gli interventi hanno riguardato quella dei pazienti con più di 80 anni. Le visite internistiche sono state numerose, le patologie curate sono state soprattutto quelle di tipo medico-internistico e sono stati infine evitate ben 389 ingressi ospedalieri effettuando le prestazioni al domicilio.



**Tabella 1.4** Classi di età dei pazienti presi in carico dal servizio

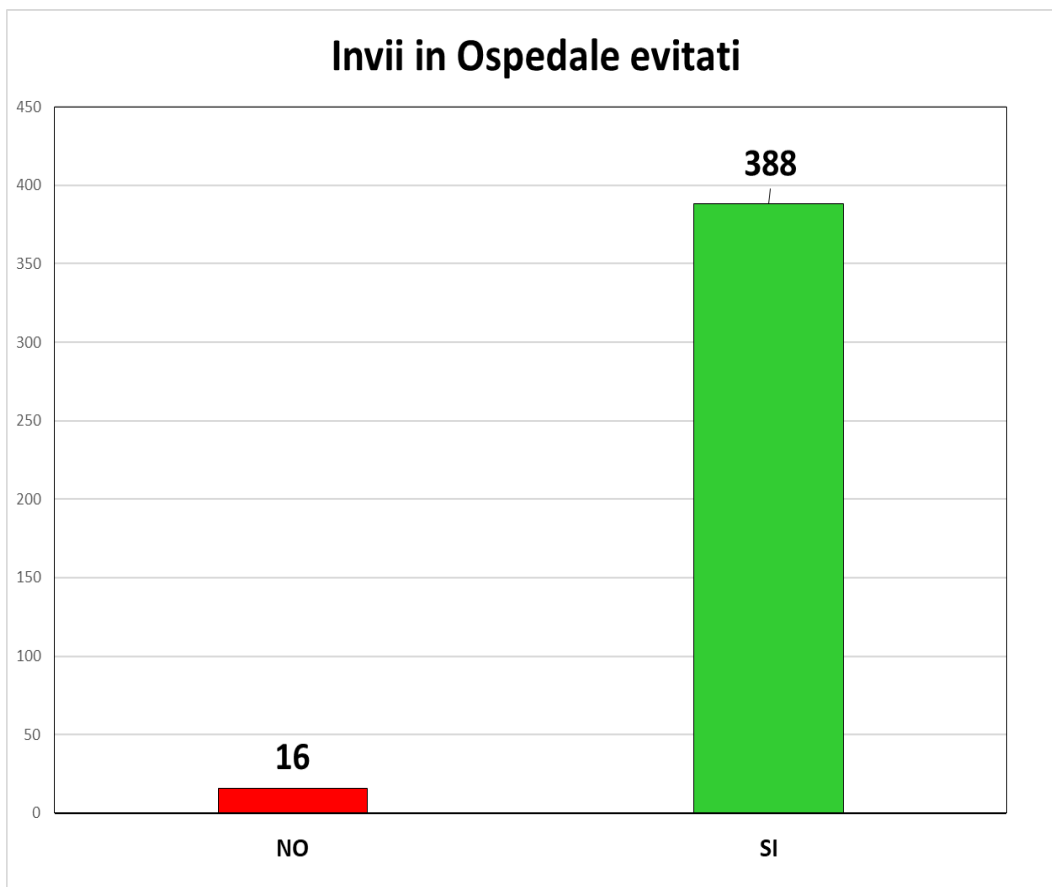


**Tabella 1.5 Numero di Prestazioni Erogate al 26.02.2024**



**Tabella 1.6 Classi di Patologia prese in carico**





**Tabella 1.7** Invii in Ospedale evitati

## CONCLUSIONI

La recente Pandemia da Covid-19 ha evidenziato che esiste un potenziale elevato che riguarda i professionisti e i servizi in quanto sono comunque riusciti ad adattarsi durante l'emergenza garantendo le cure ai cittadini. Nello stesso tempo la situazione critica ha messo in evidenza tutti i limiti organizzativi soprattutto nella gestione dei Servizi Territoriali che tanti decreti legge e indicazioni Ministeriali hanno indicato ormai da decenni essere il fulcro dal quale partire per garantire maggiore efficacia nella presa in carico dei problemi di salute con un abbassamento della spesa. Per far sì che lo sviluppo dei Servizi Territoriali venga effettuato in tempi brevi e sia funzionale alle necessità reali della popolazione, questi vanno riorganizzati in maniera sostanziale. Secondo la Relazione del 2019 effettuato al Governo da parte del Cnel (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro), l'Italia si colloca tra i Paesi più virtuosi anche se i risultati ottenuti in termini di salute e di efficienza sanitaria sono inficiati nel loro valore dal peso delle disparità che si registrano nell'offerta di servizi, nei tempi di attesa e nelle differenze territoriali. Uno dei problemi principali risultanti dall'analisi è che l'Italia il Paese europeo con le più grandi differenze fra le regioni. La sanità pubblica italiana continua a registrare livelli di performance generalmente elevati, in particolare per quanto riguarda le dimensioni contenute della spesa sia in

valore assoluto che in percentuale del Prodotto Interno Lordo, che per il valore elevato della durata della vita e della speranza di vita alla nascita. Anche la mortalità evitabile tramite prevenzione ed appropriatezza delle cure mostra in Italia livelli migliori di molti altri paesi europei. Ma ci sono ancora differenze enormi in termini di spesa sanitaria pro-capite, offerta di servizi sul territorio, qualità degli stessi e possibilità di accesso appropriato e tempestivo alle prestazioni, sia tra regioni ed aree geografiche, che tra gruppi sociali. Citando la suddetta relazione del Cnel, (Cnel, 2021), “risulta crescente il divario tra la domanda ed i costi di produzione, in costante aumento, da una parte, e la ristrettezza del finanziamento pubblico, in calo rispetto al PIL negli ultimi anni, dall'altra. In questo ambito una criticità crescente si rileva rispetto agli organici ed alle carenze del personale. Per ciò che attiene alla prevenzione di tipo olistico, ancora troppo debole risulta lo sforzo profuso nell'obiettivo di fare degli obiettivi di benessere e salute, nella loro ampia articolazione, elementi da inserire tra le priorità in termini di adeguamento e riforma nel mondo del lavoro e della produzione, nella scuola e negli altri canali formativi, nella organizzazione delle città e dei trasporti e negli interventi per l'ambiente ed il clima”. E' stato inoltre rilevato negli ultimi decenni di come l'aumento della digitalizzazione non si è accompagnato ad uno snellimento di regole e di percorsi e procedure che portano a inefficienza organizzativa e amministrativa nonché a spese eccettive e a sprechi che gravano soprattutto sui cittadini oltre che sulle risorse dello Stato. Per quanto riguarda le strutture sanitarie dalle quali devono partire i progetti

di assistenza territoriale per i cittadini (case della comunità, ospedali di comunità), sono stati evidenziati problemi per quanto riguarda la sostituzione delle apparecchiature e le ristrutturazioni degli ambienti, sia dal punto di vista logistico che economico. L'assistenza dovrà sbilanciarsi maggiormente nelle cure pro-attive e saper rispondere efficacemente alle cure per le acuzie, il tempo dedicato alla prevenzione ed alla promozione deve essere accresciuto in quanto capace di risparmiare tempo e risorse in fasi successive e di spostare l'attenzione dalla malattia alla salute. La tecnologia informatica e diagnostica dovrà supportare le decisioni cliniche ed assistenziali dei sanitari e avvicinare le attività assistenziali ai malati, per essere uno strumento in più che aiuta nel miglioramento degli esiti. E lo stesso varrà per gli infermieri di comunità, con le specifiche e nuove competenze che anche loro dovranno saper apprendere e costruire insieme alla propria equipe. Anche i fisioterapisti e i riabilitatori, gli psicologi, i terapeuti, gli assistenti sociali, gli operatori sociosanitari, i volontari e tutte le figure che saranno coinvolte dovranno imparare a lavorare assieme per il paziente. L'Assistenza Medica Territoriale deve entrare nei curriculum universitari del pre e del post laurea e la formazione dei professionisti deve avvenire tenendo conto di tutti gli aspetti dell'assistenza, da quelli tecnici a quelli relazionale. La formazione deve essere preferibilmente effettuata nei setting assistenziali vicini al paziente. Chiunque di noi finisca in ospedale, anche per un semplice malore, costa come minimo 712 euro al giorno e nel caso della recente pandemia da Covid-19 i costi sono raddoppiati.

Bisogna assolutamente definire le priorità in cui si va ad operare per allocare le risorse nel modo migliore possibile in base ai costi (Iacono, 2024). Sono state proposte negli ultimi mesi al Governo delle modifiche del Piano di Resilienza quali l'utilizzo di specialisti ambulatoriali interni anche per effettuare le visite domiciliari e l'utilizzo di attrezzature sostenibili dal punto di vista energetico. Si sta cercando di dotare gli ospedali di comunità di apparecchiature diagnostiche migliori per poter effettuare un collegamento assistenziale con il territorio che sia più sostenibile e adeguato. (Ricciardi, 2023). Nel 2020 il DM77 prevedeva di attivare al 2026, 1430 Case di Comunità, di cui 309 da edificare e 1121 da ristrutturare. A Dicembre 2023 il Governo ha rimodulato il finanziamento con l'UE riprogrammando le Case di Comunità da 1430 a 1038 con una differenza di 392 strutture in meno. A Dicembre 2023, le Regioni hanno dichiarato 187 "Case di Comunità" funzionalmente attive secondo criteri del DM 77 (Emilia 43, Lombardia 92, Piemonte 38, Molise 6, Toscana 6, Umbria 2). Solo su 102 delle 187 Case è presente il Medico di Medicina Generale e solo in 53 su 187 è presente il Pediatra di libera scelta. Delle 187 Case attive solo in 35 viene garantita l'assistenza H24 ed in 64 Case, delle 187, il servizio viene garantito per meno di 12 ore in 6 giorni su 7. Inoltre sono state costruite finora Case della Comunità in comuni di poche migliaia di abitanti mentre nelle città più grandi i progetti si sono arenati o non sono neppure iniziati. Inoltre ogni Regione ha attuato il Piano di Ripresa e Resilienza a suo modo. Esistono regioni in cui i Medici di Medicina Generale non lavorano in équipe con i colleghi e inoltre la

presenza dei medici in questi presidi non copre le 24 ore. Vengono quindi utilizzati altri professionisti provenienti dai reparti per svolgere i servizi previsti. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali, che aveva previsto la Legge Balduzzi sopra citata, sono presenti solo in alcune Regioni e in alcuni Comuni. In questa situazione caotica si sono inserite delle strutture private che erogano gli stessi servizi ai cittadini che li richiedono, anche grazie alla stipula di Assicurazioni dedicate (Iacono, 2024). Il progetto pilota che è stato attuato nel Distretto del Gemonese Val Canale e Canal del Ferro ha cercato di trovare una soluzione ai suddetti problemi che portasse a minori disparità di accesso ai servizi fra i vari Comuni del territorio, proprio portando il medico direttamente al domicilio del paziente o nella sua struttura di ricovero, ma non solo come già accade per effettuare attività di tipo diagnostico di base, ma per erogare servizi avanzati quali ecografie, elettrocardiogrammi, prelievi arteriosi, posizionamento di device interni. La novità è stata proprio questa. Se prima i cittadini del territorio di Gemona dovevano recarsi in ospedale, a volte anche in zone lontane dallo stesso Distretto, (se la prestazione prenotata con il Centro di Prenotazione Regionale prevedeva l'effettuazione della visita in altri presidi ospedalieri), ora si è dimostrato di come si possano anche snellire le liste di attesa portando i servizi diagnostici avanzati al domicilio, diminuendo quindi gli accessi ospedalieri e i conseguenti disagi per i pazienti. E' con il potenziamento del territorio che si intravede negli ultimi anni una soluzione possibile e definitiva alle suddette liste d'attesa. Occorre alleggerire gli ospedali,

prendendo in carico i pazienti cronici sul territorio, tramite il rafforzamento delle cure primarie. Se il cittadino non può avere accesso alle prestazioni, bisogna portare le prestazioni e i professionisti vicino al cittadino. E' indispensabile costituire un team delle cure primarie, con medici, infermieri, assistenti sanitari, tecnici, che lavorino insieme in autonomia e sinergia e per far questo servono tutti i presidi necessari alla diagnostica di primo livello. Il paziente seguito a domicilio deve poter effettuare appunto un elettrocardiogramma, una ecografia, analisi di laboratorio. Deve poter essere sottoposto alle terapie riabilitative, iniettive, alle cure palliative e alle vaccinazioni. Lo sviluppo tecnologico e scientifico comporta l'obiettivo difficoltà per i professionisti di mantenersi al passo del rinnovamento delle acquisizioni teorico-pratiche. I progressi della tecnologia biomedica spingono lo specialista verso una ulteriore settorializzazione professionale che si focalizza attorno a specifiche tecniche diagnostiche e/o terapeutiche (Mazzoli, 1994). Uno degli ostacoli maggiori nell'effettuare questi servizi territoriali è quello causato dai vincoli normativi e prescrittivi che hanno portato nel tempo al declino dell'autorità professionale dei professionisti coinvolti. Il coraggio di effettuare nuove scelte per erogare i servizi ai pazienti ha premiato il progetto effettuato a Gemona, e aperto la strada per nuovi progetti futuri e nuove modalità operative. Se il progetto non dovesse continuare o non dovesse essere ampliato ad altri contesti territoriali sia in Friuli Venezia Giulia che in altre Regioni, il rischio è che la riforma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fallisca ed oltre ai debiti accumulati, gli accessi

ai Pronti Soccorsi e di conseguenti i ricoveri ospedalieri aumenteranno a dismisura pur essendo inappropriati nella maggior parte dei casi. Aumenteranno così le spese sanitarie statali che graveranno sui cittadini. Le Case della comunità resteranno solo dei piccoli punti di accessi per mere attività di prevenzione e i divari fra le regioni aumenteranno. Bisogna dunque riuscire ad intraprendere delle iniziative per operare un'assistenza sul territorio che non sia solo quella di prescrivere medicinali o effettuare medicazioni, ma che sia il portare al domicilio strumenti diagnostici e professionisti specialisti che possano effettuare diagnosi avanzate facendo rimanere il paziente nel suo luogo di vita o vicino a questo.

Emerge sempre di più l'esigenza da parte del Sistema Sanitario Nazionale di elargire servizi qualitativamente sempre più alti alla comunità. Un processo che trova degli ostacoli come le distanze geografiche e le differenze di accesso alle cure, riscontrate dai cittadini. Grazie agli ambulatori mobili, le aziende sanitarie possono colmare queste lacune e soprassedere a tutti gli impedimenti che molti hanno nel raggiungere le strutture medico-sanitarie. Ma anche di effettuare le cure di cui hanno bisogno. Un modo per gli enti e le asl di effettuare le pratiche ambulatoriali anche al di fuori della propria struttura. La stessa funzionalità, le stesse attrezzature ma su quattro ruote, per arrivare ovunque: al mare, in montagna e nei luoghi più lontani. Ad esempio, per le attività volte alla prevenzione o per sensibilizzare la popolazione nel sottoporsi ad esami più specifici, l'utilizzo degli ambulatori mobili permette di aumentare la diffusione di queste pratiche.



D'altronde, vi sono luoghi sensibili o totalmente isolati, dove una struttura fisica non può arrivare. Ed ecco che gli ambulatori mobili permettono di adottare un servizio integrativo. In questo modo, i medici e gli specialisti presenti negli ospedali o nelle Asl del territorio possono offrire servizi con standard adeguati alle esigenze dei pazienti. Le cliniche mobili territoriali spesso affrontano e risolvono problemi importanti nella comunità che possono riguardare anche aspetti non prettamente sanitari ma relativi al welfare generale della popolazione, all'educazione, agli aspetti abitativi, alle opportunità lavorative. Dunque l'esempio delle cliniche mobili territoriali si potrebbe applicare per risolvere anche altre problematiche sempre più diffuse nella nostra società. Collaborando con le chiese e i centri associativi locali, gli ospedali, le cliniche, le cliniche mobili territoriali potrebbero riunire i membri della comunità con servizi non solo sanitari ma anche sociali. Queste andrebbero diffuse anche nelle zone rurali o di più difficile accesso, dove la popolazione non sempre riesce ad usufruire dei servizi migliori. Le cliniche mobili possono diventare parte integrante del sistema salute se supportate anche da leggi e regolamenti adeguati. Per poter raggiungere l'equità nell'erogazione dei servizi in modo che questi raggiungano anche le persone più vulnerabili, dobbiamo aumentare gli investimenti in questi servizi innovativi ed espandere la nostra idea superando il sistema sanitario di stampo tradizionale (Malone et al, 2009).



## **Bibliografia**

Aburrà A., Il tormento dell'integrazione tra sociale e sanitario, (2016) Percorsi di Secondo Welfare, Volume 4, Rivista Welfare Oggi

Amato A., De Lorenzo F., Barucci. P., (1992) "Riordino della disciplina in materia sanitaria". Parlamento Italiano. Gazzetta Ufficiale n. 305

Archana Venkatesh, Mobile Medical Units: In History and Beyond,(2018),  
Foundation for rural recovery and development

Banchieri G., Ferraro R., Giannunzio D., Grasilitelli A., Marchitelli F., Savina P., Scanzani D., (2015), Sistemi Integrati di Assistenza in Regime di Prossimità: l'Ospedale di Comunità, Università Sapienza di Roma, Master in management e innovazione.

Benvenuti E., Rivasi G., Caring for nursing home residents with COVID 19: a "hospital at nursing home" intermediate care intervention, (2021), Aging Clinic and Experimental Research.

Belleri G., La Crisi della Medicina Territoriale, 2022, Edizioni Booksprint.

Bonati P., "Le implicazioni sociali: Quale futuro per i caregivers" ,2008, 53mo Congresso della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Firenze.

Callahan, La medicina impossibile, 2009, pag 60-69.

Cannone F., “L’ infermiere di famiglia e di comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie”, (2015), Collegio Ipasvi di Como, Concorso di Ricerca Infermieristica.

Gaspar H.A., Flauzino de Oliveira C., Jacober C. F., de Deus E.R., Canuto F., Home care as a safe alternative during the COVID-19 crisis. (2020) Brazilian Medical Association v.66, n.11, p.1482-1486

Giarelli G., Giovannetti V. Il Servizio Sanitario Italiano in prospettiva europea. Un’analisi comparata, (2019), Franco Angeli Editore.

Governo Italiano, (2021), Piano Nazionale di ripresa e resilienza.

Guterres A., “Il decennio di Azione”, (2020), Assemblea Generale dell’Organizzazione delle Nazioni Unite.

Iacono G., La riforma territoriale che verrà, (2024), Centro Studi Ipazia

F. Longo, S. Barsanti, Community building : logiche e strumenti di management, 2021, Egea Edizioni, Milano, pag. 46-48

Fondazione Onda, Criticità emergenti nell’era post Covid – 19, Nuove opportunità della medicina territoriale - Libro bianco, 2022.

Malone C., Williams M., Fawzi M., Bennet J., Hill C., Kats J., Oriol N., Mobile

health clinics in the United States, (2020), International Journal for Equity in Health, volume 19, Article number 40

Organizzazione Mondiale della Sanità, Risoluzione A/75/L.47, (2008), “Decennio delle Nazioni Unite dell’Invecchiamento in Buona Salute”, Atti Congresso

Peter A. Boling, Rashmi V. Chandekar; Beth Hungate; Martha Pyrviss, Rachel Selby-Penczack, Linda J. Abbey. Improving outcomes and lowering costs by applying advanced models of in-home care, (2013), Cleveland Clinic Journal of Medicine.

Pertini S. et al, Legge 23 dicembre 1978, n. 833, (1978) Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. GU Serie Generale n.360

Regione Toscana, (2008) Legge Regionale n. 60. Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40. Gazzetta Ufficiale n. 22

Regione Toscana, (2020), Articolo 8 del Decreto Legge 9 Marzo 2020 n.14; GU n.62 del 09/03/2020

Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale, (2021), Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità”, per il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale.

## **RINGRAZIAMENTI**

Per questo lavoro di Tesi ringrazio i miei colleghi conosciuti nelle Marche con i quali ho vissuto tre anni arricchenti e sereni.

Ringrazio inoltre mia figlia Elena per la pazienza di saper comprendere una madre che pur dedicandole ogni momento libero ama studiare, sperando che questo le serva sempre da esempio nella vita.