

## Verso un nuovo sistema di cure territoriali “long-term” e di bassa complessità

### La redazione di Nursing Foresight

La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia aumenta sempre di più il bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine. Tale bisogno è condizionato anche dall'invecchiamento generale della popolazione, dallo specifico aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti e dalla riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari.

#### Le sfide del SSN alla luce del “Next generation EU”

Con la comparsa della drammatica pandemia purtroppo ancora in corso, la Commissione Europea ha introdotto lo scorso anno la *Recovery and Resilience Facility Fund* (formalmente *Next Generation EU*, tradotta con “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza”). Sono stati stanziati 723,8 miliardi di euro di cui l'Italia è la prima beneficiaria (verosimilmente anche per avere avuto il più alto numero di vittime nella prima fase della pandemia) con 191,5 miliardi di euro cui vanno aggiunti 30,6 miliardi di fondo complementare. Della cifra totale, 338 miliardi saranno a fondo perduto, mentre 385,8 sono prestati a tassi agevolati. Riforme strutturali per la transizione ambientalista, per la digitalizzazione ed il sostegno alle imprese e per salute, sicurezza e ricerca scientifica sono le uniche che possono attingere a tali stanziamenti. Il PNRR destina più di 20,3 miliardi alla missione salute, cioè poco meno del 10% del totale, ma va detto che in generale la Sanità trarrà risorse anche degli altri 5 pilastri dell'investimento europeo: Digitalizzazione e Innovazione, rivoluzione verde e transizione ecologica, infrastrutture per mobilità sostenibile, Istruzione e Ricerca e, infine, Inclusione e coesione sociale. Per la missione Salute la maggior parte dei fondi sarà erogata dopo il 2023 su obiettivi già strutturati quali: ammodernamento del parco tecnologico, ospedali sicuri, assistenza domiciliare e telemedicina, case della comunità, iniziative di ricerca, fascicolo sanitario elettronico (FSE), Hub di eccellenza, ospedali di comunità, potenziamento della ricerca biomedica. In particolare sono previsti 7,0 miliardi per

reti di prossimità e per strutture di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per innovazione ricerca e digitalizzazione del SSN.

Si tratta di investire in 2-3 anni più del 30% di quanto investito in conto capitale (cioè non in spese per gli operatori) dal 2000 al 2017.

Dei 7 miliardi per l'assistenza territoriale 2 sono previsti per case della comunità ed assistenza alla persona, 4 per assistenza domiciliare (la casa come primo luogo di cura) e 1 miliardo è destinato allo sviluppo delle cure intermedie. Entro la fine del 2021 l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale dovrebbe definire gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici, omogenei per la assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate. Un ulteriore decreto nel 2022 dovrebbe definire il nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

#### Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

Nell'ottica di provvedere alla stesura di decreti governativi, recentemente il Ministero della Salute e AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi sanitari Regionali), congiuntamente hanno pubblicato una bozza di un documento intitolato “Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN” dove vengono in particolare definiti:

**Distretto socio sanitario:** Uno ogni circa 100.000 abitanti, con variabilità in base alla densità di popolazione e alle caratteristiche orografiche del territorio. Presenza di una Casa di Comunità *hub* ogni 40-50.000 abitanti, case di comunità “*spoke*” e ambulatori di medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) al fine di favorire la capillarità dei servizi ed equità nell'accesso. Tutte le aggregazioni di MMG e PLS sono ricomprese nella CASA DI COMUNITÀ avendone IN ESSE LA SEDE FISICA oppure a questa COLLEGATE FUNZIONALMENTE. Prevista una INFERMIERA DI FAMIGLIA e COMUNITÀ ogni 2000 – 3000 abitanti e almeno una USCA (Unità speciale di Continuità Assistenziale) e una COT (Centrale Operativa Territoriale) ogni Distretto, che deve avere anche un OSPEDALE DI COMUNI-

TÀ di 20 letti ogni 50 000 – 100 000 abitanti e una UNITÀ DI CURE PALLIATIVE domiciliari.

**Casa della Comunità:** Luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per entrare in contatto con un modello organizzativo integrato e multidisciplinare attraverso specifiche *equipes* territoriali. Presenti nel distretto in modalità *hub* e *spoke*, devono in entrambi i casi prevedere obbligatoriamente un punto unico di accesso per *equipe* multidisciplinari (MMG, PLS, Infermiera di comunità, etc), un servizio di assistenza domiciliare di base, servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, servizi infermieristici, sistema integrato di prenotazione collegato ai CUP aziendali, integrazione con i servizi sociali per la cronicità e partecipazione della comunità e valorizzazione alla co-produzione. Per il setting hub prevista la presenza medica 24H 7/7 giorni, infermieristica 12H 7/7 giorni, obbligatori i servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità ed il Punto Prelievi, mentre la presenza medica e infermieristica nelle case di comunità *spoke* sarebbe prevista di 12H 6/7 giorni alla settimana; facoltativi i servizi diagnostici e il punto prelievi.

**Infermiere di famiglia e comunità:** E' il professionista che mantiene il contatto con l'assistito e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona, interagendo con tutte le risorse presenti nella comunità, formali e informali. L'Infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali ma la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgere di nuovi bisogni sanitari e socio sanitari, espressi e potenziali, che insistono in modo latente nella comunità. Ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute ed è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Almeno un infermiere di Famiglia e di Comunità ogni 2000 – 3000 abitanti

**Unità Speciale di Continuità Assistenziale:** l'USCA è definita come una *equipe* mobile distrettuale per la gestione di situazioni di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Previsti almeno un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti.

**Centrale operativa territoriale (COT):** è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie socio sanitarie, ospedaliere e che dialoga con la rete di emergenza urgenza. Prevista una COT ogni distretto

**Assistenza domiciliare:** è un servizio domiciliare finalizzato alla erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale: PDTA) e/o di un piano personalizzato di assistenza (Piano assistenza individuale: PAI). Circa il 10% della popolazione over 65 è da prendersi in carico progressivamente.

**Ospedale di comunità:** è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alle reti di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei ai fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Previsti almeno un ospedale di comunità di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti oppure 0,4 posti letto per mille abitanti. Standard minimo di personale per l'ospedale di comunità di 20 posti letto: 9 infermieri, 6 operatori socio sanitari e un medico per almeno quattro ore al giorno 7 giorni su 7.

L'obiettivo è l'allineamento degli standard strutturali dell'assistenza territoriale, in particolare favorire gli standard strutturali organizzativi e tecnologici del territorio, diffondere un modello già diffuso soprattutto in Veneto, Emilia Romagna, Toscana valorizzando le realtà già presenti, stanziare le risorse per diminuire il gap Nord-Sud in termini di capacità di offerta e favorire l'interoperabilità (esempio con FSE) e progettualità interregionali.

La rete territoriale entro il 2026 dovrà quindi modificarsi radicalmente accompagnando rafforzamento e razionalizzazione: in particolare le Case della Salute e similari già presenti in tutte le regioni dovranno aumentare di numero significativamente (ad eccezione della Toscana) e questo perché per il rafforzamento del territorio sarà necessaria una grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente che dovrà considerare l'attuale frammentazione di ambulatori e laboratori, la quota di privato accreditato e il relativo a livello di concentrazione, e la presenza di strutture intermedie di cui si dovrà definire il destino, in particolare se saturare e potenziare o trasformarle nei nuovi setting.

#### Le stime del personale necessario e la presa in carico della cronicità

A fronte degli obiettivi di investimento proposti le stime del personale necessario confliggono con le reali unità disponibili: In maniera drammatica per il personale infermieristico necessario. Infatti, l'offerta mancante, considerando 2400 Case della comunità, in totale è di 1847 infermieri così come considerando 1200 ospedali di comunità, con 9 infermieri per ospedale, il difetto per questi è di 9200. Per le COT, con una stima prudenziale di 60 unità e con 5 infermieri per centrale, il deficit è di 2700 infermieri. Considerando la necessità di 23.000 Infermieri di Comunità, il deficit rispetto all'attuale e di 20.000 unità infermieristiche, ma il difetto maggiore si riscontra nella copertura dell'assistenza domiciliare. Considerando un fabbisogno progressivo del 10% degli over 65 con 104 ore annuali, attualmente si copre il 6% degli over 65 ma con solo 12 ore all'anno corrispondenti al 7% delle ore necessarie per coprire il target previsto. Manca quindi il 93% delle ore annuali corrispondenti a 70.000 Infermieri circa. Il totale complessivo del personale infermieristico mancante sfiora quindi le 102.000 unità.

Per quanto riguarda la presa in carico della cronicità, ove si stima un aumento di 1,4 milioni di cronici in 5 anni, il sistema mostra criticità intrinseche. In particolare non vi è chiarezza di ruoli e funzioni nei quattro *setting* di erogazione attuali (poliambulatorio ospedaliero, ambulatorio specialistico territoriale, Casa della Salute, MMG): si dovrà decidere, a livello regionale, dove far convergere le funzioni, e quindi le risorse, in un modello organizzativo che può essere a quattro

ma anche a soli tre o due punti di riferimento ( Es.: solo Case della salute e ambulatorio ospedaliero). Manca l'infrastruttura digitale di comunicazione tra i livelli: ad esempio i pazienti si rivolgono a centri di eccellenza o di riferimento per malattie oncologiche e malattie rare, per lo più situati al Nord del paese, con frammentazione della presa in carico e con il fatto che il paziente deve farsi onere di far circolare le informazioni che lo riguardano tra i vari *setting* assistenziali. Il FSE è una condizione necessaria ma non sufficiente per generare comunicazione efficace fra i vari *setting* e tra l'altro mancano incentivi alla collaborazione fra professionisti per altro neppure supportata dall' infrastruttura digitale.

Per ovviare a questi problemi 8,63 miliardi sono destinati all'aggiornamento tecnologico e digitale, con rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione e analisi dei dati. Ma la trasformazione digitale e la valorizzazione dei *big data* non sono semplice ingegnerizzazione informatica ma cambio radicale della logica di progettazione. Nel sistema attuale mancano competenze specifiche, non essendo proprie né del patrimonio di *clinical competence* degli operatori sanitari né del patrimonio di *skills* manageriali-gestionali. Manca ancora una visione unitaria di come sfruttare appieno le potenzialità della *eHealth*, anche se oggi la telemedicina è entrata nell'agenda del decisore politico e sempre più medici, dopo la pandemia Covid, sfruttano le risorse del tele-monitoraggio, della tele-visita e del tele-consulento. Dalla situazione attuale, in cui il paziente cronico si rivolge al MMG per la ricetta elettronica periodica e poi si reca in farmacia per ritirare la prescrizione, si dovrà passare a una condizione in cui viene abolita la ricetta elettronica periodica sostituita da un PAI annuale e dove, attraverso procedure digitali, il paziente viene seguito nel percorso di presa in carico con funzione di controllo non più esercitata sull'acquisto del farmaco, ma sul suo reale consumo, controllando quindi l'aderenza alla terapia, fattore determinante per migliorare la prognosi. Inoltre utilizzando il sistema della tele-visita e del tele-consulento si genererà economia di scala, minimizzando il rischio di *overconsumption* da una parte, ma anche dell' *undertreatment* dell'altro.

### **Discussione e Conclusioni**

Nell'interpretazione strategica delle linee di innovazione dei servizi si delinea da una parte la facilità d'innovare o creare nuove strutture e dall'altra la difficoltà del rinnovare processi che riguardano sia il *front Office* (ovvero come vengono

erogati i servizi) e il *back Office* (ovvero le relazioni tra i vari professionisti e tra i vari *setting* in cui essi operano). Occorrerà inventare una metrica chiara e definita per i processi quali ad esempio il tasso di presa in carico dei pazienti cronici oppure il tasso dei pazienti aderenti e complianti o quello dei pazienti che hanno un esito atteso al PDTA o al PAI rispettato.

Indispensabili cicli di *audit* tra professionisti e interaziendali, in particolare per attivare processi di filiera professionale ad esempio tra specialisti e MMG, magari con ritualità e regolarità per singolo distretto, coordinati da figure di riferimento primari. Da definire poi, ad esempio, se procedere con unico processo di *audit* su cronicità o con più processi distinti per materie e discipline (cardiologica / oncologica / nefrologica, etc). Diversi gli oggetti in discussione, magari a rotazione, ad esempio la suddivisione dei ruoli nella filiera professionale nei vari stadi di patologia, la programmazione dei PDTA e dei PAI attesi, l'analisi degli scostamenti dei consumi rispetto al programmato e il disegno strategico dei *service* erogati

In conclusione, abbiamo bisogno di una lunga, estesa, persistente stagione di innovazione dei servizi e di sviluppo di nuove competenze. La pandemia Covid ha reso il SSN una "missione pilota" sia per la presa in carico proattiva della cronicità sia per la prevenzione e le iniziative sui sani come ad esempio lo screening, i vaccini, i cambiamenti di stile di vita. Decisivo sarà il costante *commitment* regionale, la chiarezza sugli obiettivi generali e delle tappe intermedie, lo sviluppo e lo scambio di competenze ed esperienze tra territori e regioni. Queste devono attivarsi per valorizzare i risultati conseguenti all'innovazione e allo sviluppo, mantenendo entusiasmo per il cambiamento tra i professionisti. Solo così costruiremo un meccanismo di cambiamento del *management* sanitario e apprendimento sistemico, in grado di affrontare le sfide "post-Covid" dei prossimi anni.

### Riferimenti.

- Lavoro, digitalizzazione e big data. Libro bianco di Cergas-SDA Bocconi. 30 proposte per il futuro della sanità italiana. In [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it) del 7.11.2021. In particolare: Pnrr: le sfide per il SSN di Francesco Longo
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN a cura di Agenas e Ministero della Salute. Bozza pubblicata in [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it) il 22.11.2021

Cari Colleghi

La redazione di Nursing Foresight saluta e si congratula con gli infermieri neolaureati e con i colleghi che hanno conseguito la Laurea magistrale durante il 2021.

Ai nuovi iscritti OPI di Pavia, neolaureati nelle sessioni accademiche di Marzo e Ottobre 2021, vanno i nostri più sinceri auguri per l'inizio della loro vita professionale. E ai colleghi che hanno raggiunto il traguardo della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, congratulazioni!

Nel contesto di emergenza pandemica sono innegabili le difficoltà affrontate per completare i percorsi accademici e imprescindibili i ringraziamenti anche ai vostri formatori, docenti e tutor didattici e clinici, e direttori didattici che vi hanno accompagnato in questa avventura formativa. Auguriamo a tutti voi di utilizzare al meglio le conoscenze e le competenze acquisite e che queste possano essere spese nei contesti professionali a voi più affini e preferiti.

Auspichiamo per ognuno di voi, un cammino professionale consapevole e ricco di stimoli e soddisfazioni invitandovi, se vorrete, a partecipare attivamente alla rivista Nursing Foresight come luogo privilegiato di condivisione di esperienze e di scambio culturale e scientifico, per poter contribuire, da protagonisti, alla crescita della nostra professione.

Proprio per questo abbiamo con piacere ospitato in questo numero i contributi di alcuni di voi, Dottori in Infermieristica e Dottori Magistrali in Scienze Infermieristiche, con una riflessione sul percorso appena concluso e con uno sguardo e una riflessione al tema centrale di questo numero, con la speranza che sia l'inizio di una proficua e stabile collaborazione.

Siate sempre orgogliosi di essere infermieri!

La redazione di Nursing Foresight