



# Il Distretto nell'era delle pandemie

## Per la RI/COSTITUZIONE di un Sistema Sanitario Pubblico centrato sul Team delle Cure Domiciliari - USCA

Testo a cura di CARD ITALIA

---

### Introduzione

La pandemia di COVID-19 ha messo a nudo nel nostro Paese le debolezze e le disfunzioni dei Sistemi Sanitari, non solo di quelli fondati su sistemi assicurativi privati, ma anche di quelli Pubblici (o prevalentemente pubblici). Ha altresì evidenziato che un sistema ospedalocentrico fallisce se non è affiancato da un "forte" territorio.

Debolezze legate al forte de-finanziamento dei Servizi Sanitari (almeno dal 2011), che ha penalizzato massimamente il "territorio"; alla dis-integrazione delle organizzazioni, con disomogeneità pericolose tra Regioni ed al loro interno, e persino all'interno delle stesse Aziende sanitarie; alla prevalenza dell'offerta specialistica isolata, quasi tutta ancora di parte ospedaliera; ad impianti strutturali fortemente compartimentati, rigidi, con servizi di cure primarie marginali, sottodimensionati e scarsamente attrezzati in termini di risorse, di competenze e di tecnologie.

Questo evidente BISOGNO di sanità territoriale ha fatto luce sull'esigenza di disporre di una "regia" complessiva, unitaria, quindi di un'organizzazione territoriale all'altezza dello scenario. Ciò induce a richiedere con grande convinzione di avviare da subito, urgentemente, un deciso rilancio dei **DISTRETTI**. **Perché nei Distretti si praticano** i principi fondamentali della community care, che dovrà assumere prevalenza rispetto alla attuale individual care, come da sempre sostenuto da CARD Italia, e in cui la parole chiave sono: **integrazione – domiciliarità – continuità – prossimità – proattività - tempestività**. Laddove i Distretti sono "veri" si sono registrati i migliori risultati.

### 1- La presenza di CARD

CARD, Società Scientifica delle Attività territoriali che aggrega gli Operatori di tutti i ruoli delle centinaia di Distretti Sanitari e Sociosanitari italiani, riporta all'attenzione dei Decisori Politici, dei leader della Comunità Scientifica il valore del "sistema territorio". Si afferma qui la centralità ineludibile del DISTRETTO quale prima articolazione operativa "del sistema territorio", attraverso una serie di macro-argomenti che CARD propone con lo scopo di aprire un nuovo, più ampio dibattito tra tutti coloro che, in vario modo e titolo, operano con impatto sulla salute dei cittadini.

1.1 Valorizzare il **Distretto** comporta assegnargli nuovi più precisi **mandati**, più strumenti, risorse e opportunità (poteri): di intervento, di coordinamento nella prevenzione, nell'assistenza domiciliare e residenziale (cure intermedie), nell'ambulatoriale generalista e specialistica. Tutti uniti verso obiettivi così facilmente comunicabili: *"per avere meno contagiati, tutti curati, molti guariti"*.

1.2 Il **Distretto innovato** agisce in base a densità abitativa, mobilità dei residenti nei e tra territori, culture ed abitudini sociali ed individuali, di uso dei servizi (negli aspetti di accesso e fruizione). Il Distretto così ben ancorato al "suo" **territorio** diventa l'unità di riferimento e luogo ideale per porre in continuità intelligente: epidemiologia e prevenzione, cure "giuste" nei "luoghi e tempi giusti", quindi "giusti" per specificità, intensità, capacità e competenza.

1.3 Il **Distretto** è l'unica struttura che possa realizzare l'**integrazione verticale** (ovvero intra-sanitaria, quindi tra cure primarie e specialistiche, quindi la continuità territorio-ospedale) e l'**integrazione orizzontale** (quindi innanzitutto sociosanitaria, quindi la congiunzione tra azioni di rilevanza sanitaria e sociale, ma anche inter-settoriale, tra tutti coloro che agiscono sui determinanti sociali della salute). L'epidemia ha ben mostrato che i "buchi" maggiori si sono osservati nella mancanza di coordinamento, integrazione. Occorre allontanarsi dal dilemma tra sanità centralizzata e regionalizzata, per entrare nella logica di esercitare una nuova vera sanità territoriale attraverso il potenziamento dei Distretti.

## 2- Il Distretto sociosanitario tra PNC (Piano Nazionale Cronicità) e PNC (Piano Nazionale Covid-19)

Il **Distretto**, già identificato come elemento centrale nel Piano delle **Cronicità**, può aggiungere al mandato del governo delle malattie croniche, quindi delle polipatologie croniche, la presa in carico dei tanti colpiti dall'infezione COVID, che da quando si è aggiunta alle varie **comorbidità, molto spesso**, è diventata causa finale del decesso. Questa scelta rafforza senz'altro il principio della **tempestività** degli interventi oltre a quello della continuità ed integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

2.1 La presa in carico, la continuità di cura delle persone con comorbidità e fragilità sono i tipici campi di azione degli attuali operatori del Distretto. A questi si aggiunge oggi con la tempestività, l'anticipazione. Alcune correnti di pensiero hanno ritenuto, erroneamente (i fatti lo dimostrano), che la battaglia per il COVID si potesse vincere in rianimazione, ma invece la guerra è stata vinta e si vincerà nel territorio. CARD suggerisce però di abbandonare metafore belliche, perché questo non è tempo di guerra, ma tempo di cura. E per curare bene occorre quindi agire subito in base alle evidenze accumulate. Attenzione: puntare sul territorio significa puntare sui **DISTRETTI**, senza esitazione.

2.2 Se l'epidemia ha mostrato il valore delle terapie intensive e subintensive, giustamente potenziate e ridimensionate verso una domanda tragicamente elevata senza risposta, la frequente proclamazione del vantaggio offerto dagli **aprocci "territoriali"** non si è accompagnata a pari tempestiva e robusta nuova offerta, eccetto per la costituzione, anche se ancor parziale nel Paese, delle **USCA** (Unità Speciali di Continuità Assistenziale). Da qui, secondo CARD, conviene ripartire.

## 3- USCA e AFT: binomio convincente

CARD propone di ripartire da questa esperienza delle USCA, che - ove ben realizzata - ha mostrato di poter indurre vantaggi e successi.

3.1 Manteniamo e potenziamo queste nuove Unità di Cura, perché in esse possano continuare ad esprimersi le energie e forze nuove dei giovani medici e operatori delle professioni sanitarie (i successi sono certamente legati anche al fattore età). Transitiamole in Unità Stabili di Cure ed Assistenza Domiciliare del Distretto anche per la "cronicità". Non "nel" Distretto, bensì proprio "del" Distretto: segmento operativo inserito nei suoi strumenti di produzione (possibili nel rispetto della Convenzione).

3.2 CARD ha da anni insistito sulle cure domiciliari (rimandiamo al nostro Manifesto) chiamandole per sintetizzarne gli aspetti integrati "home care". Per questo, le USCA per CARD potrebbero coincidere con **HOME CARE TEAM (HCT)**. Home, perché è la casa il luogo di vita delle persone. Care, perché il termine riassume l'approccio olistico della cura, in primis nei suoi aspetti di continuità. Team, perché afferma la logica dell'intervento multiprofessionale-disciplinare, integrato (medici dell'assistenza primaria, infermieri di comunità e di famiglia, psicologi, fisioterapisti di comunità) ed includente anche gli Specialisti.

**L'HCT/USCA** opera per LA PRESA IN CARICO e coopera strettamente con i MMG e i PLS del territorio organizzati in AFT

di cui è parte integrante. I medici che ne fanno parte sono ingaggiati in base all'Accordo Collettivo Nazionale per le Cure Primarie, Continuità Assistenziale (compenso a quota oraria) e rispondono per la programmazione dell'attività alla Direzione del Distretto. E' un grave errore sottoporre queste equipe territoriali ai Reparti/Dipartimenti Ospedalieri, perché le snaturano completamente.

3.3 La Medicina Generale negli ultimi anni ha seguito percorsi di vario successo per l'inserimento nel Distretto, mostrando comunque sempre di essere un elemento portante e decisivo per la costituzione di un "territorio forte". E' necessario che si trovino nuove forme di aggregazioni dei MMG, nuove modalità di inserimento nel Distretto, nuove modalità di lavoro, tutte finalizzate a contribuire ad efficaci prese in carico delle persone con bisogni long-term, accanto a tempestivi e scorrevoli percorsi diagnostici fondamentali nell'acuzie, che anche nella recente epidemia si sono rivelati indispensabili e, ove ben condotti, portatori di buoni successi.

3.4 La crescita professionale PER TUTTI, è fatta dall'interscambio di conoscenze, di idee ed esperienze, di punti di vista e di modalità di approccio ai problemi. Il rapporto specialista/generalista è fondamentale. Le USCA hanno mostrato di essere un esempio di come si può costruire una visione più dinamica del fare medicina generale. Il Distretto può guidare lo scambio assiduo e costante fra generalista e specialista, che arricchisce e valorizza entrambi.

#### **4- USCA/Home Care Team tra Casa, Strutture/Cure Intermedie e Ospedali di Comunità distrettuali**

4.1 USCA/HCT opera nei setting domiciliari con nuove modalità di gestione condivisa dei pazienti domiciliari utilizzando l'intervento multiprofessionale disciplinare; inoltre agisce nelle cure intermedie, intervenendo con competenza, anche con strumentazioni diagnostiche portatili (es. ecografi) nelle strutture residenziali per anziani e in quelle per disabili, nonché in altre comunità abitative in rete con gli Ospedali di Comunità. Il settore delle Cure Intermedie deve essere molto rafforzato sotto la guida dei Distretti, che lo governano saldamente per assicurare qualità, sicurezza e dignità di cura, protezione e presa in carico "giuste", per diventare reali alternative sicure al ricovero ospedaliero (sempre improprio se non indispensabile nel corso delle epidemie; ciò valga pro-futuro). Così si potranno realizzare nuovi "luoghi residenziali", termine che CARD suggerisce per lasciare maggiori gradi di libertà e flessibilità realizzativa in cui siano salvaguardati tre principi: a) la buona assistenza, da elevare con una profonda innovazione probabilmente basata sull'intensità di "care", su nuove figure mediche (non solo MMG, ma geriatri ad esempio), su team multidisciplinari. ; b) la graduazione dei livelli di intensità assistenziale (lieve medio alto molto alto); c) la possibilità del trattamento in isolamento (sempre in modo stratificato per rischio e bisogno assistenziale) dei casi sospetti/accertati, senza ricorrere ai pericoli del ricovero in ospedale.

4.2 É in stretto raccordo con i Punti Unici di Accesso e le Centrali Operative Territoriali e Distrettuali per la presa in carico programmata e personalizzata delle situazioni complesse. Può essere quindi garantita attraverso un canale di chiamata "intelligente" identificato con un numero unico: 124, che pur rimanendo in stretta correlazione con il numero del pronto intervento (118) mantiene una sua linea di interlocuzione rapida da parte dei cittadini.

#### **5- Ammodernamento tecnologico - valore dell'intergenerazionalità dei medici**

5.1 Si insiste sul valore delle USCA, perché nei territori dove hanno operato si è subito e ben percepito il vantaggio di disporre di medici giovani, che hanno portato con sé non solo il valore della giovinezza e della freschezza di energie e interessi, ma anche di conoscenze innovate ed aggiornate che iniettano linfa nuova nei tessuti anziani da cui ricevono ricadute di esperienza e di visione complessiva. In una parola, si è goduto il beneficio di una intergenerazionalità viva e pulsante.

5.2 Il Distretto nel suo insieme, ed in particolare nelle forme avanzate di assistenza delle HCT/USCA ed AFT, deve essere dotato (attraverso i previsti ampliamenti del FSN) di attrezzatura e connessioni tecnologiche (ICT) adeguate alla realizzazione di forme di telemedicina, teleconsulto, telecontrollo. Collega quindi i livelli generalisti e specialistici territoriali con quelli ospedalieri di riferimento del territorio servito. Le HCT/USCA possono così

assicurare ovunque cure domiciliari e residenziali di elevata qualità, continuative nella PRESA IN CARICO, coordinate con gli specialisti, fortemente basate su un nursing pivot delle situazioni di fragilità, pronte ad arricchirsi di valenze riabilitative, di educazione ed empowerment/valorizzazione, abili nel riequilibrarsi con le cure informali del contesto familiare.

5.3 L' ICT rende possibile un vero governo del territorio e la valutazione degli esiti degli interventi, così fortemente richiesti. Non c'è più tempo per rimandare una completa informatizzazione dei servizi territoriali, con l'uso di piattaforme integrate per la gestione pro-attiva dei malati cronici, mediante la verifica a distanza (video-telefonica) delle condizioni di salute dell'assistito, per intercettare precocemente gli aggravamenti ed offrire ai pazienti il supporto continuativo dell'ascolto e dell'educazione terapeutica, dell'aderenza alle terapie e dell'eventuale insorgenza di eventi avversi; ed ancora i reminder-agende farmaci. Inoltre, sono essenziali per il telemonitoraggio: a) la cartella informatizzata individuale (diversa dal FSE), accessibile a tutti gli attori di cura (del territorio, anche informali, e necessariamente dell'ospedale); b) i dispositivi per il controllo in remoto di parametri vitali ed ambientali; c) i software che registrano le prestazioni erogate, ormai già tariffate in alcune Regioni, e che danno accesso a tutti i data base epidemiologici (indispensabili per seguire l'andamento dell'epidemia).

5.4 Il telecontrollo (da far usare anche dai Servizi Sociali e del Volontariato) si è rivelato strategico nella gestione dei malati COVID positivi e nei casi di persone sottoposte a quarantena non ancora positivizzate. La CARD aveva fatto propri questi obiettivi e progetti ancora anni fa. Oggi, alla luce dei nuovi finanziamenti che si prospettano per il SSN, sia in termini di spesa corrente (per il personale in primis) che per investimenti in conto capitale (per beni essenziali), essi si rendono più facilmente realizzabili. Assorbirebbero, in termini assoluti ed ancor più percentuali, poche delle nuove risorse (miliardi) e genererebbero enormi progressi per i Distretti e la sanità territoriale. Non va persa un'occasione come questa.

5.5 Il ritorno di questi investimenti (ROI) si configura molto vantaggioso, nel volgere di pochi anni, e per questo sono del tutto raccomandati ed appropriati.

## **6- Il Distretto e il coordinamento / collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e gli Enti Locali**

### **LA PREVENZIONE ED IL SOCIALE INTEGRATI NEL SISTEMA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA.**

L'esperienza COVID-19 ha rivelato i limiti derivanti dalla parcellizzazione anche nell'ambito di settori incardinati nella Primary Health Care, come quelli della Prevenzione e del Welfare di Comunità.

6.1 Il Distretto "forte" è/può diventare anche il punto di riferimento per le prese in carico condivise tra sociale e sanitario per la gestione dei casi fragili, cronici e/o complessi.

L'ambito distrettuale è l'ambito territoriale competente di tipo organizzativo, gestionale e funzionale entro cui consolidare ed evolvere la rete dei servizi integrati per le non autosufficienze e le disabilità, comprendendo le demenze, la cronicità e la fragilità.

La pandemia ha mostrato una evidente fragilità dei sistemi residenziali socio-sanitari, sia per la condizione dei residenti, di età avanzata e con patologie croniche, sia per la condizione del "sistema della residenzialità", che rende difficile contenere il rischio di contagio all'interno di strutture troppo spesso obsolete, non idonee alle nuove esigenze.

6.2 Il Distretto può altresì contribuire a rimodulare gli interventi di prevenzione, insieme al Dipartimento di Prevenzione, e in sinergia con i Comuni, per sostituire le sofferte azioni restrittive con azioni di sensibilizzazione, educazione, convincimento a comportamenti e stili di vita corretti.

6.3 Promuovere assieme un'operatività agile e integrata con tutti i Servizi e le Professionalità territoriali chiamate ad agire in una situazione di crisi sanitaria e sociale come quella determinata dalla pandemia, è declinare costruttivamente la funzione fondamentale di advocacy del Sistema Pubblico e del suo braccio operativo a contatto con le persone: il Distretto.

6.4 Occorre riconoscere i limiti attuali ed utilizzarli come opportunità di connessione, di sviluppo sinergico dei provvedimenti di sorveglianza epidemiologica della Salute della Comunità e di integrazione con quelli di diagnosi e cura e di assistenza sociale.

## **7- L'identità del "territorio" ed il riconoscimento del "proprio" Distretto da parte delle Comunità Locali**

Il Distretto in questo nuovo scenario di azione diviene pietra angolare del "sistema territorio" e potrà essere riconosciuto come indispensabilmente vicino ai cittadini delle Comunità locali, che potranno riferirsi in prima istanza al "proprio Distretto" come prima Istituzione amica, empatica, viva ed attiva tanto nella "community" che nella "individual care".

Si teme che questa epidemia indurrà carestia. In questo senso, il Distretto potrà ben interpretare la fondamentale funzione di "sentinella sociale e sanitaria" delle temibilissime future conseguenze socio-economiche dell'epidemia: povertà, perdita di lavoro e reddito, di status ed identità sociale, che hanno forte impatto negativo sulla salute, individuale e collettiva.

Un Servizio Sanitario Pubblico universale, equo, solidale deve continuare a porsi il primario obiettivo della riduzione delle disuguaglianze di salute, per cui deve disporre di un avamposto strategico territoriale per conoscere queste drammatiche realtà e sostenere, in alleanza intersettoriale, adeguate contromisure, "stando vicino alla gente".

Oggi, nella fase 2; domani, nella fase 3, per arrivare - speriamo mai - dopodomani ad essere più pronti ad affrontare caso mai emergenze analoghe a quelle di questi ultimi mesi.

## **DARE FORZA AI DISTRETTI È NELL'INTERESSE DEI SINGOLI E DELLA COLLETTIVITÀ**

Il Presidente CARD Italia

Dott. Gennaro Volpe

Maggio 2020