

ARTICOLO

Info Autori:

¹ Esperto in legislazione ed organizzazione sanitaria ed ex Direttore Generale di ASL ed AO

² Direttore UOC "Pronto Soccorso" Ospedale di Gubbio- Gualdo Tadino (PG)

Parole chiave:

Riorganizzazione sanitaria, Pronto Soccorsi, Pandemia

Corrispondenza autore

Dott. Manuel Monti

Direttore UOC Pronto Soccorso Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino
montimanuel.1979@gmail.com
3391050122

Gianfranco Carnevali ¹, Manuel Monti ²

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEI PRONTO SOCCORSO

RIASSUNTO

Il presente lavoro si propone di monitorare le problematiche dell'organizzazione ospedaliera anti-Covid-19 con particolare riguardo ai pronto soccorso e di evidenziare le accresciute criticità conseguenti dalla pandemia in questione con riguardo alla tutela della salute del singolo e, in aggiunta, degli operatori chiamati ad erogare le prestazioni di rispettiva competenza facendo cenni sull'attività complementare che sono chiamate a svolgere le altre due articolazioni aziendali (AA: distretto e dipartimento di prevenzione) che ne costituiscono l'ossatura di base, anche se con modalità e intensità diversa.

ABSTRACT

The present work aims to monitor the problematic aspects of the anti-Covid-19 hospital organization with particular regard to the emergency departments and to highlight the increased criticalities resulting from the pandemic in question with regard to the protection of the health of the individual and, in addition, of the operators called to provide the services of their respective competence, making references to the complementary activity that the other two corporate articulations (AA: district and prevention department) are called to carry out, which constitute its basic framework, even if with different modalities and intensity.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Premesso che:

a) la precarietà e l'impreparazione del nostro sistema sanitario di fronte all'insorgenza del Covid-19 è emersa inequivocabilmente;

b) alla precarietà ed all'impreparazione vanno addebitate le drammatiche conseguenze della pandemia, nonostante da un lato si sia verificato un numero minore di morti rispetto ad altri stati del così detto occidente del mondo e da un altro lato sia emersa una maggiore impreparazione ad affrontarla rispetto agli altri Stati dell'Unione Europea, in conseguenza soprattutto della carenza di posti letto di terapia intensiva adeguatamente attrezzati per la ventilazione che, comunque, pur non potendo essere considerata come l'unica causa delle difficoltà che il nostro servizio sanitario ha dovuto affrontare si è dimostrata quella maggiormente rilevante al riguardo;

il presente lavoro si propone di monitorare le problematiche dell'organizzazione ospedaliera anti-Covid-19 con particolare riguardo ai pronto soccorso e di evidenziare le accresciute criticità conseguenti dalla pandemia in questione con riguardo alla tutela della salute del singolo e, in aggiunta, degli operatori chiamati ad erogare le prestazioni di rispettiva competenza facendo cenni sull'attività complementare che sono chiamate a svolgere le altre due *articolazioni aziendali* (AA: distretto e dipartimento di prevenzione) che ne costituiscono l'ossatura di base, anche se con modalità e intensità diversa avendo presente che:^{(1) (2)}

1. al momento dell'insorgere della pandemia i punti di accesso all'ospedale (PS e DEA) presentavano

criticità che essa ha ulteriormente acuite quali, esempio: inefficienze nel rapporto con i servizi territoriali dovuto alle rispettive inefficienze e disfunzioni, criticità nei flussi all'interno del presidio ospedaliero dovuto con conseguente presenza di sovraffollamento (overcrowding) del pronto soccorso (PS) conseguente a vari fattori (esempio: iper-afflusso di pazienti, riduzione dei posti letto di degenza ordinaria, scarsa recettività delle strutture di lungodegenza, la presenza di barelle in soprannumero nei punti di accesso, riferibili solo in parte alla attività ospedaliera complessivamente intesa, iper-afflusso di pazienti con codici verdi, bianchi e -forse- anche azzurri che lo intasavano e che costringevano gli astanti a lunghe attese (6/8 ore), liste di attesa per ospedalizzazioni, visite ed esami non urgenti. A quanto precede aggiungiamo che il Covid-19 ha evidenziate le carenze concernenti nei posti di terapia intensiva dovute al fatto che mentre nel nostro Paese la percentuale era 8,60 ogni 100.000 abitanti in Francia era 16,3 ed in Germania addirittura 33,9;

2. l'articolazione aziendale "presidio ospedaliero" e, al suo interno, il pronto soccorso (PS) è certamente quella che è stata maggiormente interessata e condizionata dalla pandemia, in quanto struttura organizzativa ospedaliera tenuta ad assicurare gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato in emergenza-urgenza e, nei casi più complessi, a garantire gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate secondo protocolli concordati per patologia; ⁽³⁾

c) il PS può costituire un'articolazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) inteso come aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, onde assicurare -in collegamento con le strutture operanti sul territorio- una risposta rapida e completa, il quale in considerazione dei livelli di complessità delle strutture afferenti è configurato di I (spoke) piuttosto che di II livello (hub); ⁽⁴⁾

d) il nostro servizio sanitario nazionale (SSN) -nel momento del propagarsi della pandemia nei Paesi europei- evidenziato forti difficoltà/criticità riconducibili a detta di molti cultori della materia ai tagli alla spesa registrati nel precedente decennio e mirati al suo efficientamento i quali, contrariamente a quanto ipotizzato/sperato non avevano comportato la realizzazione delle misure di razionalizzazione/ristrutturazione, (fortemente auspiccate) ma solo imposizioni varie (esempio: blocco del turn-over degli operatori, riduzione delle strutture ospedaliere non compensate dal rafforzamento di quelle territoriali);⁵

e) il divario organizzativo, quanti-qualitativo delle prestazioni erogate, soprattutto nel settore dell'assistenza ospedaliera, divergeva in maniera evidente in ambito regionale in quanto l'organizzazione ospedaliera vigente al momento in cui è insorta la pandemia conseguiva, nella gran parte delle situazioni, dal cambiamento demografico ed epidemiologico verificatosi a cavallo del millennio -storicamente diverso da regione a regione- coerente con le esigenze degli operatori e di quanti si rivolgevano alle loro articolazioni organizzative/strutture per soddisfare i rispettivi reali bisogni di salute, quindi, in grado non solo di fornire ed offrire confort, umanizzazione, tecnologie avanzate, ma anche appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate;⁽⁵⁾

f) la riferita diversità organizzativa dei SSR e, in aggiunta, le diverse scelte tecnico-politiche regionali verificatesi nella gestione della pandemia hanno inciso in modo rilevante sulle prestazioni fornite da ogni regione; tale situazione ha influenzato negativamente la tutela della salute dei singoli e della collettività in quanto diverse sono state le salvaguardie adottate per contenerne gli effetti e, non molto diversa, era la carenza e la difforme organizzazione dei servizi territoriali che avrebbero dovuto farsi carico, in ogni regione, di:

f.1) isolare i focolai prima dell'aggravarsi del quadro clinico dei singoli,

f.2) arginare gli afflussi negli ospedali di pazienti bisognosi di cure in terapia intensiva, previo accertamento dei casi trattabili con attività realizzabili a livello territoriale,

f.3) assistere coloro che dopo lunga degenza scamparono dalla morte piuttosto che quelli che, essendo colpiti in forma leggera dal Covid-19, non

avevano bisogno di cure ospedaliere ma solo di starsene in quarantena onde non peggiorare la loro condizione e di non contagiare altre persone,⁽⁶⁾ ci accingiamo ad esplicitare dapprima le disposizioni nazionali finalizzate a fronteggiare la pandemia, per accennare successivamente agli interventi realizzati dalle AASS (Aziende Sanitarie) per raggiungere l'obiettivo nell'immediatezza del suo verificarsi e qualche mese dopo, con l'intento di ipotizzare una nuova organizzazione delle strutture tenendo conto anche dell'esperienza covid-19 con riguardo soprattutto al pronto soccorso ospedaliero e, in quanto incidente sugli stessi, al distretto, evidenziando comunque che la pandemia ha reso possibile da un lato la sperimentazione -in ambito ospedaliero- di nuovi modelli organizzativi (esempio: ospedali da campo; chiusura di reparti che, di norma, non devono affrontare emergenze per utilizzare gli spazi recuperati per accogliere e curare i portatori del virus) e di nuove modalità operative (esempio: utilizzo di chirurghi ortopedici e vascolari a supporto di reparti Covid-19 e internisti, pneumologi e anestesisti nello svolgimento di attività di primo intervento) e da un altro lato la costituzione di soggetti (diversamente denominati: esempio UTES) che avevano l'obiettivo di rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone, soprattutto le più fragili, maggiormente esposte ai rischi connessi all'emergenza pandemica.

INTERVENTI CON VALENZA ORGANIZZATIVA VOLTI A FRONTEGGIARE LA PANDEMIA

INDIVIDUAZIONE E VALUTAZIONE DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE :

Nella prima fase di propagazione della pandemia lo Stato (Governo e Parlamento) ha avuto particolari difficoltà a preordinare interventi per fronteggiarla con risultati di pari valenza su tutto il territorio nazionale in quanto, come abbiamo accennato, il nostro servizio sanitario a livello regionale presentava differenze non solo nella disponibilità dei servizi erogabili ma anche nella loro qualità e nelle modalità di accedervi, per cui diverse sono state non solo le modalità di risposta per quanto concerne il

ricovero in reparti all'uopo attrezzati ovvero nelle terapie intensive -tramite diversa destinazione della relativa utilizzazione- ma anche le conseguenze sul proseguimento dell'attività routinaria. Infatti le cure e gli interventi operatori non urgenti sono stati rinviati a data non programmabile ed i servizi di diagnostica hanno subito rallentamenti e rinvii in quanto oberati dalle doverose risposte da fornire ai malati di Covid-19 ed è emersa la necessità di acquisire personale sanitario da utilizzare per soddisfare la maggiore domanda di cure verificatasi sia in ambito ospedaliero che territoriale, che si è tentato di superare con provvedimenti vari finalizzati allo scopo.

Il primo intervento (D.L. 17 marzo 2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e ..." (decreto Cura Italia), convertito in legge 27 aprile 2020, n. 27) il quale, oltre ad aver stanziato fondi per:⁽⁷⁾

- a) reclutare da parte delle aziende sanitarie e degli altri enti del SSN -con modalità diversificate- operatori sanitari (medici, professionisti sanitari e operatori socio-sanitari) in grado di affiancare il personale dipendente chiamato ad assistere i portatori della pandemia
- b) acquistare da parte delle aziende sanitarie e degli altri enti del SSN le prestazioni sanitarie utili a soddisfare la domanda dovuta all'imprevista emergenza, da strutture private,
- c) istituire -presso le sedi di continuità assistenziale esistenti- unità speciali per la gestione domiciliare degli affetti da Covid-19 (USCA) non necessitanti di ricovero ospedaliero, onde fornire risposta (anche se parziale) all'intasamento delle strutture ospedaliere e distrettuali, rilevando che sulla propagazione della pandemia ha inciso anche il ritardo nella loro istituzione in alcune regioni, incaricava la Consip ed il commissario straordinario (all'uopo nominato) di acquistare rispettivamente impianti di ventilazione assistita e materiali per il relativo funzionamento -onde incrementare i dispositivi necessari al funzionamento delle terapie intensive al fine di renderli in grado di gestire i pazienti affetti dalla pandemia ed i dispositivi medici e di protezione individuale da fornire soprattutto ai medici ed agli operatori sanitari e socio-sanitari- ed autorizzava le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ad attivare, in deroga ai requisiti organizzativi e di accreditamento, aree sanitarie

anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura ed assistenza pubbliche e private o di altri luoghi idonei per la gestione della emergenza Covid-19.

La citata disposizione legislativa è stata seguita da seguenti altri provvedimenti legislativi adottati dal Governo e convertiti in legge dal Parlamento in relazione della straordinarietà dell'evento pandemico e della assoluta necessità di intervenire con la massima urgenza:

D.L. 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, ...” (decreto rilancio), convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77, il quale oltre ad aver finanziato i costi per:⁽⁸⁾

a) incrementare le attività di ricovero nelle terapie intensive da realizzare dalle singole regioni tramite apposito piano di riorganizzazione, che ha consentito un aumento dei relativi posti letto da 5.179 a 8679, raggiungendo quindi la percentuale di circa il 15% ogni 100.000 abitanti,

b) riqualificare 4.225 pl di area semintensiva, di cui almeno il 50%, convertibili in caso di emergenza in pl di terapia intensiva,

c) autorizzare il reclutamento da parte delle aziende sanitarie e degli altri enti del SSN di medici, infermieri, operatori tecnici e per aumentare l'operatività dei mezzi di trasporto dedicati al trasferimento dei pazienti Covid-19,

d) realizzare 4200 ulteriori contratti di formazione specialistica,

disponeva che le regioni adottassero piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale mirata ad incrementare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale onde fronteggiare l'emergenza pandemica ed indirizzassero le azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare col fine di decongestionare le strutture ospedaliere e di favorirne un deflusso monitorato, accelerando la definizione delle misure delineate dal *Nuovo Patto per la salute 2019-2021* per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute afferenti alle reti territoriali del Ssn tramite la definizione di ulteriori disposizioni di prevenzione e cautela, individuate in ragione della pandemia.

D.L. 14 agosto 2020, n. 104 “Misure urgenti in materia di salute, ...” (decreto rilancio), convertito in legge 17 luglio 2020, n. 126⁽⁹⁾

La disposizione oltre ad aver autorizzato le regioni

e le province autonome a ricorrere a prestazioni aggiuntive del personale sanitario con remunerazione più elevata onde facilitare la riduzione delle liste di attesa predisponendo allo scopo specifico piano operativo regionale/provinciale, disponeva che esse dovessero adottare -onde fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche- piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale per garantire l'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico del paziente e l'interprofessionalità e -al fine di efficientare i servizi di salute mentale operanti nelle comunità locali e di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo in considerazione della crisi psico-sociale determinata dall'eccezionale situazione causata dal Covid-19- un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale chiamato a definire le buone pratiche di salute mentale di comunità e la tutela delle fragilità psico-sociali, nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e nel rispetto dei principi di riferimento da essa definiti.

La stessa prevedeva anche che per:

a) il commissario straordinario -onde dare attuazione ai piani di riorganizzazione della rete ospedaliera- poteva avviare le procedure di affidamento dei contratti pubblici necessari allo scopo,

b) i dirigenti medici e sanitari del SSN -per fronteggiare la carenza di medici specialisti e di specialisti biologi, chimici, farmacisti, fisici, odontoiatri e psicologi, fino al 31 dicembre 2022 potevano presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo e, comunque, non oltre il settantesimo anno di età, onde garantire l'erogazione dei LEA.

D.L. 28 ottobre 2020, n. 137, “Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito in legge 18 dicembre 2020, n. 176.⁽¹⁰⁾

La disposizione consentiva, per l'anno 2021, l'arruolamento, a domanda, di personale dell'Esercito italiano, della Marina militare e dell'Aeronautica militare in servizio a tempo determinato, con una

ferma della durata di un anno, non prorogabile, e posto alle dipendenze funzionali dell'Ispettorato generale della Sanità militare, nelle misure in essa stabilite ed alle AASS ed agli altri enti del SSN di organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini ed agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai LEA.

D.L. 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" convertito in legge 23 luglio 2021, n. 106 ⁽¹¹⁾

La disposizione oltre ad autorizzare le regioni e le province autonome, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza pandemica:

a) dettava ulteriori disposizioni in materia di liste di attesa e di utilizzo flessibile delle risorse, di integrazione degli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato rimodulando il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del citato D.L. n. 104/2020, convertito in legge n.126/2020, ricorrendo per quanto attiene le prestazioni di genetica medica, clinica e di laboratorio a forme di collegamenti in rete anche tra strutture che operano in regioni confinanti e promuovendo, in particolare a favore di pazienti fragili, e al fine di contrastare le malattie genetiche, la possibilità di effettuare prelievi domiciliari da parte delle strutture di laboratorio accreditate per le medesime prestazioni, con oneri a carico dell'assistito,

b) impegnava le regioni e le province autonome -onde adeguare gli standard organizzativi e di personale ai processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate- a realizzare il completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e diagnostiche e laboratoristiche e

ad inserire tra le strutture qualificate gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS),

c) consentiva alle aziende ed agli enti del SSN -onde potenziare i servizi territoriali ed ospedalieri di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e garantire la prevenzione e la presa in carico multidisciplinare dei pazienti e delle loro famiglie, assicurando adeguati interventi in ambito sanitario e sociosanitario, anche in risposta ai bisogni di salute connessi all'emergenza epidemiologica da Covid-19- l'utilizzazione, in relazione ai modelli organizzativi regionali, di forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, fino al 31 dicembre 2021, per il reclutamento di professionisti sanitari e di assistenti sociali nonché -onde tutelare la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo, tenendo conto, in particolare, delle forme di disagio psicologico dei bambini e degli adolescenti, conseguenti alla pandemia e previa autorizzazione delle regioni e delle province autonome- il conferimento fino al 31 dicembre 2021, di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a psicologi, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, allo scopo di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai LEA.

Sottolineato che le disposizioni legislative emanate durante la pandemia hanno riguardato sia le strutture che le attività ospedaliere e territoriali che l'implementazione delle attrezzature e del personale di cui disporre per curare la pandemia, rileviamo che:^{(12) (13)}

1. le Regioni e le Province Autonome ovvero le AA.SS. e gli enti chiamati a tutelare la salute dei singoli e della collettività, hanno realizzate modalità attuative diversificate in conseguenza delle diversità esistenti tra i vari servizi sanitari regionali,
2. in attesa della riorganizzazione delle terapie intensive, una prima riorganizzazione delle attività ospedaliere si è resa necessaria dal momento in cui alcuni presidi furono chiamati a ricoverare quanti, per primi, furono colpiti dal Covid-19. L'incombenza -che comportò la riconversione in reparti da dedicare al ricovero

in terapia intensiva dei pazienti Covid-19 di locali destinati ad uso diverso con conseguente sospensione delle attività in essi svolte e riguardò, di norma, nell'ordine: le strutture di malattie infettive, di pneumologia, di altre degenze mediche- presentava problematiche per cui il direttore medico di ogni presidio ospedaliero interessato al fine di superare le difficoltà connesse al ridimensionamento e, a volte, alla chiusura di interi reparti, molto spesso, ha avuto il supporto di un organo tecnico all'uopo istituito e ha richiesto che il relativo provvedimento fosse assunto dal Direttore Generale dell'AS. I suddetti soggetti, comunque, si fecero anche carico -onde affrontare l'emergenza- di attivare aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura ed assistenza pubbliche e private o di altri luoghi idonei per la gestione della emergenza Covid-19, previa autorizzazione da parte della Regione/provincia autonoma di riferimento, richiesta della direzione generale aziendale, anch'essa spesso supportata dal riferito organo tecnico.

A quanto precede aggiungiamo che l'emergenza pandemica ha indotto a sperimentare soluzioni di massima flessibilità. In particolare: ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

a) nella prima ondata in molte regioni i pazienti COVID19 sono stati concentrati solo in alcuni ospedali, teoricamente meglio attrezzati o semplicemente più facilmente adattabili ma, di norma, con minore dotazione tecnico-professionale, affiancando la soluzione ad ospedali modello Hub, cioè dotati di reparti di malattie infettive, di terapia intensiva e di specialità a supporto;

b) nella seconda ondata, (dall'ottobre 2020) si è ritenuto opportuno -manifestatosi insufficiente il modello precedentemente realizzato a contenere l'afflusso dei pazienti contagiati- allestire all'interno degli ospedali, a prescindere dalla loro classificazione, reparti COVID-19 e percorsi separati ma contigui procedendo, di norma, a trasformare i blocchi operatori in terapie intensive e, ove possibile, ad aumentare i posti letto di terapia sub-intensiva, riempiendo le pneumologie di pazienti pandemici, dimezzando le medicine per destinarle parzialmente a detti pazienti e riducendo i reparti chirurgici onde dedicarli quasi solo alle urgenze ed alla attività oncologica;

c) in entrambe le situazioni, sono stati recuperati posti per il ricovero di pandemici con l'allestimento di ospedali da campo e, in ambito territoriale, attivati posti per pazienti pauci-sintomatici o asintomatici, utilizzando immobili inutilizzati (esempio: alberghi), realizzando i trasferimenti tramite specifico coordinamento demandato a Centrali Operative Territoriali ovvero Aziendali, all'uopo attivate;

d) alcune regioni sono riuscite a contenere la pressione della pandemia su ricoveri e terapie intensive realizzando una diffusa e mirata attività di screening e tamponi e procedendo all'isolamento a domicilio ed alla presa in carico tramite l'assistenza integrata dei pazienti covid non gravi in conseguenza del fatto che essa è stata realizzata in maniera molto diversificata negli ambiti territoriali regionali.

Le restrizioni conseguite dal propagarsi della pandemia su attività di degenza, ambulatori, servizi diagnostici, sale operatorie ed interventi accennati inducono a sottolineare che: ⁽¹⁾ ⁽¹⁶⁾

a) le soluzioni adottate non sono state uniformi non solo tra AASS di diverse regioni ma anche tra quelle appartenenti alla stessa regione, in conseguenza non solo delle diverse situazioni di partenza dei presidi ospedalieri e dei servizi territoriali ma anche ai diversi tempi di sviluppo della pandemia,

b) al termine del periodo più brutto della pandemia:

b.1) gli impianti di ventilazione assistita ed i materiali per farli funzionare, acquistati dalla Consip e consegnati alle AASS, hanno trovato utilizzo presso le aree di terapia semintensiva e/o presso le pneumologie od altri reparti che ne erano carenti,

b.2) i posti-letto di terapia intensiva e relative strumentazioni (messi a disposizione dalle Protezioni Civili piuttosto che dalle regioni/province autonome) sono stati accantonati in attesa degli incrementi definitivi che conseguiranno dal loro eventuale utilizzo (ove possibile) nelle ristrutturazioni conseguenti dal piano di riorganizzazione da predisporre dalle regioni ex dettato del D.L. n. 34/2020 convertito in legge n.77/2020, che comporta spesso opere murarie. Infatti nonostante i presunti relativi costi siano stati finanziati con la citata disposizione e l'affidamento al commissario straordinario -prefigurato con il D.L. n. 104/2020 convertito in legge n. 126/2020- di avviare le procedure di affidamento dei contratti pubblici necessari per attuare l'incremento delle attività di ricovero nelle terapie intensive da realizzare da ogni

regione tramite apposito piano di riorganizzazione, rileviamo che la realizzazione non è possibile nel breve periodo, in quanto essa richiede, tra l'altro, opere murarie di notevole entità;

c) i piani riorganizzazione da realizzare da parte delle regioni prefigurati dal D.L. n. 34/2020 convertito in legge n. 77/2020, finalizzati ad incrementare le attività di ricovero nelle terapie intensive devono farsi carico anche della riorganizzazione dei PS, dei percorsi interni e dei mezzi per i trasporti tra ospedali, della gestione ed utilizzo delle attrezzature e strumentazioni.

A partire dal gennaio 2022 la decretazione di urgenza in materia ha riguardato situazioni specifiche, non di interesse del presente lavoro, ed il superamento delle misure di contrasto alla diffusione della pandemia.

IPOTESI DI RIORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI :

Noi -tenendo dei pareri di esperti del settore- riteniamo che la riorganizzazione degli ospedali e, a maggior ragione, la costruzione di nuovi stabilimenti ospedalieri va fatta avendo presente la opportunità di:^{(16) (17)}

a. collocare nei reparti di degenza, suddivisi in camere a due letti con bagno, diverse tipologie di pazienti nel rispetto degli standard minimi previsti dal DPR n. 146/1997 onde in facilitare il ricovero in isolamento o per piccole coorti, rendendo più difficili le contaminazioni crociate,

b. dotare i PS di stanze a pressione negativa -cioè di stanze di isolamento- e collegarli alla medicina d'urgenza per renderli facilmente raggiungibili; le stanze dovrebbero avere massimo due letti ed essere munite di supporti tecnologici idonei all'uso come area sub-intensiva,

c. prevedere la possibilità nelle unità di rianimazione o di terapia intensiva di isolare un paziente infetto e, nel caso in cui ciò non sia possibile, di disporre di un reparto trasformabile, al bisogno. in terapia intensiva e di chiusure intermedie nei reparti organizzati per intensità di cura onde poterne rimodulare l'assetto,

d. predisporre all'esterno dell'ospedale spazi per accogliere eventuali tendopoli o mezzi mobili,

e. fornire risposta adeguata e tempestiva a tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali (visite, medicazione, eccetera) e diagnostiche (esami di laboratorio, radiografie, endoscopie, eccetera)

indipendentemente dagli strumenti che si utilizzano, assicurandone piena rispondenza ai concetti di appropriatezza, efficacia ed efficienza onde evitare la creazione di liste di attesa, riconducibili sia a patologie mediche che chirurgiche per cui a monte va effettuata la stima del rispettivo numero presunto da soddisfare durante i diversi periodi dell'anno giovandosi dei dati relativi agli anni precedenti, rilevando che la prefigurazione spetta, anche per dette prestazioni, non a livello di singola struttura ma -al fine di progettare a monte anche la contiguità- al Direttore Generale dell'Azienda, fermo che i gestori delle strutture che devono sollecitarla ai fini della definizione nell'atto aziendale; ciò anche in relazione al fatto che le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche sono di supporto ai MMG e PLS che chiedano chiarimenti a un quesito diagnostico o un approfondimento relativo al sospetto di patologie a rapida evoluzione,⁽¹⁸⁾

f. rendere duttile l'utilizzo dei locali da adibire ad ambulatori, ferma la possibilità del competente organo dipartimentale di modificarla in conseguenza del flusso delle richieste,

g. precisare gli orari minimi di operatività degli ambulatori (non meno di 10 ore giornaliere) ed indicare le ore di loro funzionamento tenendo conto delle caratteristiche della popolazione di riferimento (contadini; operai; dipendenti pubblici; addetti a fabbriche, commercio, terziario, settore informatico); ciò fermo che in caso di eventi eccezionali che rendono difficoltoso l'ingresso negli ambulatori ospedalieri (esempio pandemie) dovrà essere fatto ogni possibile tentativo per il loro dislocamento presso gli ambulatori territoriali aziendali (di distretto, dipartimento di salute mentale, RSA, presidi territoriali di prossimità) ovvero -tramite convenzione- presso strutture private, sempre che non ne sia possibile il differimento senza danni per il richiedente e la collettività. Le ipotesi di dislocamento ipotizzate presuppongono sia un facile collegamento alla rete viaria e con i servizi pubblici che l'affiancamento -come sostegno ineludibile- di un sistema informatico in grado di consentire l'immissione dati da parte dei sanitari, la gestione delle agende collegate al sistema CUP aziendale o regionale e l'elaborazione di inferenze statistiche sull'attività svolta,

h. definire gli spazi dei servizi di diagnostica riservati a non degenti tenendo conto delle

prestazioni da erogare nei diversi periodi dell'anno giovandosi dei dati rilevati negli anni precedenti, ferma la loro ubicazione non in continuità ad ogni dipartimento ma all'interno della piastra dei servizi e l'impossibilità di dislocazione delle attività in cui la diagnostica strumentale è collocata in ospedale e non è facilmente spostabile (esempio: oculistica, audiometrica),

i. progettare a monte l'utilizzo delle sale operatorie tenendo conto del tempo in cui esso è possibile e di quello che la singola equipe operatoria necessita per le varie tipologie di interventi ipotizzabili sulla base dei dati riferiti agli anni precedenti e, in aggiunta, delle loro eventuali variazioni stagionali, avendo presente che gli interventi di urgenza/emergenza non sono programmabili ma vanno organizzati al verificarsi del singolo accadimento tenendo conto anche della singola sua specificità (urgenza indifferibile o emergenza; urgenza differibile, per il quale il curante indica il tempo entro cui va effettuato; trapianto d'organo e di tessuti, da effettuare tramite un percorso predefinito per ogni sua tipologia; cardiocirurgia, da effettuare tramite un percorso predefinito per ogni sua tipologia; fratture, da effettuare con un breve preavviso rispetto al giorno dell'intervento indicato dal curante).

Le fattispecie di riorganizzazione ipotizzate -qualunque emergenza di grande rilevanza o qualsiasi pandemia dovesse verificarsi in futuro- non dovrebbe comportare le problematiche e le carenze emerse durante il COVID-19, ma assicurare che il loro verificarsi non abbia alcun riflesso negativo sulla realizzazione di tutte le prestazioni mirate a fornire risposte tempestive, esempio, alle emergenze/urgenze ed alla cura delle patologie oncologiche. Ciò non esclude anzi sollecita l'avvio sollecito di un processo di rivisitazione del vigente utilizzo delle strutture adibite a degenza, ambulatori, sale operatorie, attività diagnostiche, eccetera, fondato -in primis- sul loro utilizzo quotidiano per il maggior tempo consentito allo scopo di diminuire le liste di attesa, con conseguente superamento degli orari di utilizzo definiti tenendo conto delle richieste degli operatori coinvolti, mirate a concentrarli in poche ore per potersi assentare prima dal lavoro e successivamente delle attrezzature scientifiche e delle attrezzature tecnologiche ai fini del loro utilizzo per un maggior numero di ore giornaliere onde perseguire oltre alla

riduzione delle liste di attesa anche il pieno loro utilizzo e quindi scongiurare il rischio che vengano, anche se non obsolete, sostituite da attrezzature di nuova generazione.^{(19) (20)}

Resta il fatto che le misure conseguite dal propagarsi della pandemia hanno comportato restrizioni sulle attività di degenze, ambulatori, servizi diagnostici, sale operatorie per cui ogni gestore di struttura chiamata ad erogare prestazioni sanitarie e/o a prenotarle dovrebbe in primis:^{(21) (22)}

1. garantire che gli orari di apertura siano sufficientemente ampi in un contesto di uguaglianza di trattamento e di piena trasparenza e, soprattutto, compatibili con le necessità della popolazione di riferimento e non con le esigenze sue o dei suoi collaboratori, le sollecitazioni di parenti, amici, politici, collaboratori, dipendenti e componenti degli organi aziendali o, comunque, di altri soggetti tese ad ottenere prestazioni sanitarie -per sé o per persone da loro indicate/ accompagnate- senza il rispetto delle liste di attesa, quindi penalizzando chi è in esse inserito, fermo l'obbligo di soddisfare tempestivamente le richieste urgenti chiunque ne sia il beneficiario. Ciò in quanto le legittime aspettative dei richiedenti prestazioni e/o prenotazioni devono avere priorità rispetto a quelle (di comodo) rappresentategli dal personale chiamato a fornire le risposte;
2. assicurare la presenza di una dotazione di operatori adeguata a realizzare le attività necessarie a soddisfare i reali bisogni sanitari della popolazione di riferimento;
3. rappresentare, in sede di definizione del budget annuale della struttura cui è preposto, gli obiettivi di rivisitazione organizzativa che intende perseguire ed il personale idoneo qualitativamente a realizzarli e, quindi, di formalizzare gli uni e gli altri nello stesso;
4. realizzare una gestione dei posti letto in ambito dipartimentale basata innanzi tutto sulla stima del numero dei ricoveri da soddisfare durante i diversi periodi dell'anno essendo prefigurabile anche quello dei ricoveri d'urgenza, ferma l'influenzabilità da una variabilità annua scontata. Ciò rende necessario progettare a monte la contiguità tra le degenze ovvero, nel caso di dipartimenti che comprendono degenze mediche e chirurgiche, la contiguità tra queste;

l'operazione spetta al Direttore Generale dell'Azienda ma i gestori interessati dovrebbero sollecitarla ad esso ai fini della definizione nell'atto aziendale, ferma la possibilità del competente organo dipartimentale di modificarla in conseguenza del variare delle richieste (esempio: stagionali interne ovvero esterne; dovute ad eventi patologici imprevisti) e del verificarsi di situazioni particolari (esempio: svolgimento di congressi, mostre, fiere).

Gli ipotizzati interventi dell'utilizzo delle degenze vanno supportati, ad esempio: ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾

- a) dal funzionamento dei PS h24 ai fini dell'effettuazione dei ricoveri urgenti,
- b) dall'organizzazione di percorsi idonei ad evitare ritardi nelle dimissioni,
- c) dalla realizzazione tempestiva degli accertamenti diagnostici (laboratoristici, endoscopici e radiologici) e delle consulenze di specialisti interni,
- d) dal funzionamento dei reparti di degenza ordinaria h24 in tutti i giorni della settimana,
- e) dal procrastinamento tempestivo dei ricoveri in elezione in tutti i casi in cui situazioni impreviste abbiano reso necessario un diverso uso dei posti letto destinati ad essi,
- f) da una adeguata disponibilità nei PS/DEA, nelle 24 ore, di spazi, dotazioni e di personale per rispondere in modo adeguato alla variazione della domanda di intervento, in considerazione del fatto che il fabbisogno di risorse varia in maniera anche sostanziale nel corso delle 24 ore; ciò presuppone innanzi tutto l'adozione di modalità organizzative flessibili del personale idonee a fronteggiare le richieste assistenziali (diverse in alcune ore della giornata, da giornata a giornata e nei vari periodi dell'anno) e, quindi, ad evitare periodi di sovra o sotto dimensionamento,
- g) dalla rimodulazione temporanea della dotazione di posti letto onde poter soddisfarne il maggiore/minore fabbisogno in tempi specifici (estate, inverno, fine settimana, ecc.) ed eventuali sovraffollamenti/riduzioni, affidando alla direzione medica del presidio ospedaliero il compito di garantire al suo interno il coordinamento della tempestiva realizzazione di tutti gli interventi a supporto delle attività di cura (sterilizzazione, trasporto, fornitura medicinali e presidi medico-chirurgici, sanificazione una volta eseguita la dimissione di un paziente, eccetera),

significando che della verifica della presenza di detti supporti deve farsi carico il direttore del dipartimento di volta in volta interessato in quanto in grado di monitorare la situazione complessiva di tutte le strutture afferenti. ⁽²⁵⁾

IL RIORDINO DELLA SANITÀ TERRITORIALE EX DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 23 MAGGIO 2022 N.77 :

Il decreto in questione rubricato *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* oltre ad aver individuato gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale nel SSN ed al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico precisa che esso costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 concernente "Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete assistenza sanitaria territoriale" volta a definire modelli e standard e relativi, alla base degli interventi previsti dalla citata Mission (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) del PNRR tenendo anche conto: ⁽²⁶⁾

- a) delle maggiori risorse prefigurate allo scopo dalla legge n. 234/2021 e della loro implementazione per gli anni 2022-2026 e degli interventi da essa previsti sui livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS),
 - b) degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) volti a favorire l'integrazione tra quelli sanitari, socio-sanitari e sociali ferme le rispettive competenze per quanto concerne le risorse umane e strumentali,
 - c) del regime degli standard da esso predeterminati con riguardo al personale dipendente e convenzionato tenendo conto anche degli obiettivi previsti dal PNRR,
- fermo che il complesso degli interventi in questione dovrà avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche ricorrendo ad interventi di riorganizzazione aziendale e, comunque, il perseguimento di un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicina alla comunità progettato per le persone e con le persone.

Il regolamento con riguardo al distretto dopo avere sottolineato:

- a) la necessità del:

a.1) potenziamento dei servizi assistenziali territoriali onde perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze e, contestualmente, costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale laddove l'assistenza primaria ne rappresenta la prima porta d'accesso in quanto il SSN è tenuto a perseguire questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi e, in particolare, mediante lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento, il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza, l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale ed alle condizioni di maggiore fragilità; il tutto giovandosi di logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, della stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni e di modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale e valorizzando la co-progettazione con gli utenti e la partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (AASSLL, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.),

a.2) coinvolgimento delle farmacie convenzionate in quanto la loro uniforme ubicazione sul territorio le costituisce in presidi sanitari di prossimità ed in elementi fondamentali ed integranti del SSN, sottolineandone la capillarità della loro rete che quotidianamente assicura prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza, quali: la dispensazione del farmaco per i pazienti cronici, la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione di nuove funzioni (esempio: vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali,

somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica), ottenendo la loro integrazione con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria dispo- neva che le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano dovevano, entro 6 mesi dalla data di sua entrata in vigore, adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ad ai suoi sensi e ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e sistema di prevenzione nel rispetto dei riferiti standard, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR ferme da un lato le modalità del loro monitoraggio e da un altro lato la sua applicazione da parte delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con gli statuti di autonomia, le relative norme di attuazione, il suo finanziamento con fondi del proprio bilancio, le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa, dovendo con riguardo ai progetti di investimento della Missione 6 provvedere anche con le risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza loro assegnate, laddove la stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori deve costituire strumento di analisi dei bisogni finalizzata alla programmazione ed alla presa in carico procedendo all'individuazione dei bisogni socio-assistenziali che portano alla definizione del progetto di salute ed alla determinazione dell'identificazione di un'equipe multiprofessionale minima (MMG, PLS, medico specialista ed infermiere), laddove maggiore è la complessità clinica nonché a quella dei relativi standard organizzativi, esempio: Case della Comunità hub e spoke, ambulatori di MMG e PLS, precisando che le loro aggregazioni devono avere collocazione fisica nelle Case della Comunità oppure essere a queste collegate funzionalmente, presenze infermieristiche, unità di Continuità Assistenziale, Centrale Operativa Territoriale ed Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, Consultori famigliari ed attività rivolte ai minori -ove esistenti- funzionalmente collegati con la Casa di Comunità hub.

A quanto precede aggiungiamo che il documento sottolinea che il Distretto:

a) costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali essendo deputato, anche tramite la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie onde assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, ferma la necessità di garantire anche una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento;

b) deve garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale tramite:

b.1) il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio ed a domicilio, tra MMG, PLS, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali,

b.2) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni;

c) può avere, a seconda dei modelli organizzativi regionali, anche responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono, operando quindi sia come committente che come gestore e -con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente con i bisogni socio-sanitari del territorio- assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali, spettando alle Regioni ed alle Province autonome di assicurare, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS e, in un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni deve garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche tese a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando

la loro funzione sanitaria, fermo che l'assistenza psicologica all'interno del distretto va assicurata e governata dall'Area Funzionale di Psicologia;

d) si avvale, per svolgere le accresciute funzioni attribuitegli, di strutture (Case di Comunità/CdC, Centrale Operativa Territoriale/COT, Ospedale di comunità/OdC, Consultorio Familiare/CF), modalità operative (Unità di Continuità Assistenziale/UCA, Assistenza Domiciliare/AD, Assistenza Domiciliare Integrata/DAI, Rete Locale delle Cure Palliative/RLCP, Sistema Informatico di Sanità/SIS, Telemedicina) ed operatori (Infermiere di Famiglia o Comunità/IF-C).

Con riguardo all'Articolazione Aziendale (AA) Dipartimento di Prevenzione (DP) il regolamento specificato che esso opera sul territorio di ASL, indicandone le peculiarità che lo contraddistinguono (esempio: standard logistici, strumentali e di personale, modalità operative, tipologie di prestazioni erogate, obiettivi, soggetti interessati) in quanto ad esso sono affidate importanti funzioni in ambito territoriale, sottolineiamo che esso afferma che il DP per realizzare la sua mission -onde realizzare le funzioni di cui attribuitegli dall'art. 7-ter del D.Lgs. n. 502/1992 - deve:⁽²⁷⁾

a) svolgere attività di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, essendo chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, eccetera, potendo essere prevista, per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche ed all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale;

b) operare in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovrintendono alla materia di volta in volta trattata, diventando -nel caso delle crisi/emergenze- punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;

c) garantire il supporto da un lato alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (esempio:

contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.) e da un altro lato al raggiungimento dell'obiettivo salute nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi in quanto parte -nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati- della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), il supporto, al raggiungimento dell'obiettivo salute nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;

d) agire -nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali- in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP (Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro) e -nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili- in stretto raccordo con il distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali ed al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le CdC, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Per la piena realizzazione del suo mandato, il regolamento richiama l'attenzione sull'Accordo Stato-Regioni sulle *Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali* in base al quale per i servizi, il DP deve adottare un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva ed allocativa, necessitante di una organizzazione e di

una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario, elencando gli elementi cardine della conseguente riorganizzazione.

In questo contesto si inserisce la collaborazione, all'interno di ogni DP, anche di esperti in tematiche che riguardano la salute l'ambiente e le loro connessioni che funga da elemento collettore presso le CdC, che prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute tramite interventi sia di comunità che individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del DP.

Il documento a conclusione sollecita l'attenzione:

- a) sulle funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria ed al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica, in quanto operanti operano in una rete con il coordinamento tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un approccio basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le CdC;
- b) sul fatto che l'azione del DP -come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005- è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute ed allo stesso modo garantisce la capacità del DP di:
 - b.1) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte,
 - b.2) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica

delle risorse della comunità (stewardship),
b.3 promuovere consapevolezza e autodeterminazione
della persona (empowerment)²⁸

Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema nelle Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

VALUTAZIONE DELLE DISPOSIZIONI: ⁽²⁹⁾

Dato atto che le disposizioni con valenza organizzativa mirate a fronteggiare la pandemia Covid-19 su cui abbiamo richiamata l'attenzione hanno riguardato non solo le strutture ospedaliere e territoriali (distretti e DP) ma anche l'implementazione delle attrezzature e del personale di cui disporre in aggiunta per curarla, rileviamo che dalla loro lettura emerge chiaramente che esse hanno avuto immediata applicazione esclusivamente per quanto attiene la messa a disposizione dei finanziamenti a copertura delle attività da realizzare ai fini della riorganizzazione dei servizi che il SSN riteneva necessari per fronteggiare la pandemia e l'affidamento alla Consip dell'acquisto di impianti di ventilazione assistita da mettere a disposizione dei reparti di terapia intensiva i cui posti letto dovevano essere incrementati per soddisfare la domanda sollecitata dal propagarsi della pandemia, in quanto la competenza a farsi carico di tale aspetto era demandata alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano ovvero alle singole AA.SS. ed agli enti chiamati a tutelare la salute dei singoli e della collettività, da cui sono conseguite modalità attuative diversificate in conseguenza delle diversità esistenti tra i vari servizi sanitari regionali.

CONSIDERAZIONI FINALI

Premesso che esperti del settore sostengono la necessità di:

1. rivisitare il modello organizzativo dell'attuale SSN per farsi carico del welfare in generale, ipotizzando che esso debba prevedere il rafforzamento della sanità a livello territoriale ed il potenziamento del ruolo del terzo settore onde evitare il dilagare della sanità privata for profit, incentrata sulla cura e sugli ospedali invece che sulla prevenzione, con un conseguente peggioramento dei problemi di accesso e di qualità delle cure; ciò in quanto nonostante i tre interventi legislativi verificatisi in poco più di 20 anni (1978, 1992, 1999), alcune aspettative siano state tradite e, quindi, permane uno scarto rilevante tra i principi affermati e la loro declinazione nella realtà, essendo il nostro sistema sanitario a macchia di leopardo e profondamente diseguale in quanto pieno di disparità tra territori per quanto concerne l'accesso ai servizi e gli esiti di salute; ciò in quanto esso è rimasto ospedale-centrico e ha continuato a curare la malattia acuta, non la persona con pluri-patologie croniche, nonostante la legge n. 833/1978 avesse messo in primo piano la prevenzione, primaria e secondaria, allo scopo di sviluppare un sistema di prevenzione a livello territoriale;
2. definire un sistema sanitario di prossimità, incentrato sull'empowerment della cittadinanza, in quanto ritenuto maggiormente attrezzato a prevenire tutti i tipi di malattie, sia degenerative che infettive e, in generale, ad affrontare le impegnative future sfide nell'ambito della salute,
3. potenziare le strutture territoriali ed il terzo settore, onde soddisfare bisogni di natura sociosanitaria, attualmente parzialmente inevasi o non adeguatamente soddisfatti, all'interno di un sistema di welfare di comunità,

Sottolineiamo che l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha mostrato che:

- a) gli interventi di sanità pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale del nostro Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno, per cui il Piano nazionale

della prevenzione (PNP) 2020-2025 rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle sue aree rilevanti, avendo l'emergenza COVID-19 evidenziato l'esigenza di rimodulare e potenziare, nel breve e medio termine, gli interventi di prevenzione del rischio e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment, per cui il PNP diventa quindi strumento a sostegno della capacità di risposta all'attuale e ad altre eventuali pandemie, confermando la volontà e l'impegno delle istituzioni centrali e regionali ad investire nella promozione della salute e nella prevenzione, attraverso i Piani Regionali della Prevenzione (PRP) e le Linee di supporto (Azioni centrali) pertinenti al livello di governo centrale;

b) la governance della prevenzione è un elemento strategico per le scelte di policy e di programmazione degli interventi fondandosi sull'integrazione delle politiche nazionali/regionali/locali attraverso una pianificazione coordinata, condivisa e partecipata delle stesse, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute; essa a tutti i livelli (centrale, regionale e locale), si fonda sul monitoraggio e sulla valutazione del PNP e dei PRP per misurarne l'impatto sia nei processi che negli esiti di salute, essendo strumento operativo complementare a quest'ultima funzione ed all'attività di verifica degli adempimenti dei LEA e di loro monitoraggio. In tale contesto il Ministero della salute è chiamato a guidare la programmazione, svolgendo sia funzioni di indirizzo, promozione e coordinamento centrale che di accompagnamento alle Regioni, che a loro volta svolgono le stesse funzioni nei confronti delle AASS,

Per cui sosteniamo che il processo di cambiamento avviato nel PNP 2020-2025, in un'ottica value based health care, che implica il rafforzamento delle azioni volte a misurare il valore creato dai processi organizzativi e dall'impiego delle risorse al fine di individuare, tra diverse opzioni allocative, quelle con i migliori rapporti costi benefici, secondo un approccio olistico che ne misuri l'impatto su tutto il servizio sanitario o, meglio ancora, su tutto il welfare nella sua accezione più ampia può rappresentare un buon punto di partenza senza ricorrere ad un quarto intervento del legislatore nazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. L'Angiocola PD, Monti M. COVID-19: the critical balance between appropriate governmental restrictions and expected economic, psychological and social consequences in Italy. Are we going in the right direction? *Acta Biomed.* 2020 May 11;91(2):35-38.
2. Heymann DL, Shindo N; WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. COVID-19: what is next for public health? *Lancet.* 2020 Feb 22;395(10224):542-545.
3. Blewett LA, Osterholm MT. What's Next for the US Health Care System After COVID-19? *Am J Public Health.* 2020 Sep;110(9):1365-1366.
4. Janke AT, Melnick ER, Venkatesh AK. Hospital Occupancy and Emergency Department Boarding During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2022 Sep 1;5(9):e2233964.
5. Bosa I, Castelli A, Castelli M et Al. Response to COVID-19: was Italy (un)prepared? *Health Econ Policy Law.* 2022 Jan;17(1):1-13.
6. Pennestri F, Gaudioso A, Jani A, Bottinelli E, Banfi G. Is administered competition suitable for dealing with a public health emergency? Lessons from the local healthcare system at the centre of early COVID-19 outbreak in Italy. *Cent Eur J Public Health.* 2021 Jun;29(2):109-116.
7. DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18 Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemologica da COVID-19 available on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>
8. LEGGE 17 luglio 2020, n. 77 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemologica da COVID-19 available on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/18/20G00095/sg>
9. LEGGE 13 ottobre 2020, n. 126 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia available on <https://definanze.it/DocTribFrontend/decodeurn?urn=urn:dotrib:L:2020-10-13;126>
10. DECRETO-LEGGE 28 ottobre 2020, n. 137 - Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemologica da Covid-19 available on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/28/20G00166/sg>
11. DECRETO-LEGGE 25 maggio 2021, n. 73 - Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali available on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/05/25/21G00084/sg>
12. Marmiere M, Rocchi M, Saracino M, et Al. How many of the COVID-19 deaths occurred in the Intensive Care Unit? *Minerva Anestesiol.* 2022 Dec;88(12):1030-1034.
13. Gitto S, Di Mauro C, Ancarani A, Mancuso P. Forecasting national and regional level intensive care unit bed demand during COVID-19: The case of Italy. *PLoS One.* 2021 Feb 25;16(2):e0247726.
14. Brambilla A, Sun TZ, Elshazly W, Ghazy A, Barach P, Lindahl G, Capolongo S. Flexibility during the COVID-19 Pandemic Response: Healthcare Facility Assessment Tools for Resilient Evaluation. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Oct 31;18(21):11478.
15. Troisi R, De Simone S, Vargas M, Franco M. The other side of the crisis: organizational flexibility in balancing Covid-19 and non-Covid-19 health-care services. *BMC Health Serv Res.* 2022 Aug 29;22(1):1096.
16. Giulio de Belvis A, Meregaglia M, Morsella A et Al. Italy: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2022 Dec;24(4):1-236.
17. Edwards JA, Breitman I, Kovach I, et Al. Lessons Learned at a COVID-19 designated hospital. *Am J Surg.* 2021 Jan;221(1):62-64.
18. VV. AA. LISTE E TEMPI DI ATTESA IN SANITA' INNOVAZIONI, SOLUZIONI E SFIDE PER LE REGIONI E LE AZIENDE SANITARIE IN ITALIA.2022. EGEA
19. Meschi T., Rossi S., Volpi A. Reorganization of a large academic hospital to face COVID-19 outbreak: the model of Parma, Emilia-Romagna region, Italy. *Eur. J. Clin. Invest.* 2020;50(6) doi: 10.1111/eci.13250.
20. Willan J., King A.J., Jeffery K., Biern N. Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic. *BMJ.* 2020;368:m1117.
21. Kayipmaz AE, Demircan A. Pandemic hospitals and reorganizing emergency departments. *Turk J Med Sci.* 2021 Dec 17;51(SI-1):3221-3228.
22. Quah LJJ Tan BKK Fua TP Wee CPJ Lim CS. Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. *International Journal of Emergency Medicine.* 2020;13:32-32.
23. Stirparo G, Kacerik E, Andreassi A, et Al. Emergency Department waiting-time in the post pandemic era: new organizational models, a challenge for the future. *Acta Biomed.* 2023 Aug 30;94(S3):e2023122.
24. Monti M, L'Angiocola PD, Marchetti R, Paciullo F, Borgognoni F. Strategies for prevention of SARS-CoV-2 infection in a rural Emergency Department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine.* 2021;28(2):114-116.
25. Busti C., Marchetti R., Monti M. Overcrowding in emergency departments: strategies and solutions for an effective reorganization. *Ital J Med* 2024;18(1):1714
26. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale available on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>
27. Modificazioni all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 available on <https://www.medicoleggi.com/argomenti/11523.htm>
28. Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali available on <http://archivio.statoregioni.it/DetailDocGOV2295.html?IDDoc=16935>
29. Wang Y. Does Governance Quality Matter for the Selection of Policy Stringency to Fight COVID-19? *Int J Environ Res Public Health.* 2022 May 30;19(11):6679.