

La fase di avvio dell'attuazione del DM 77/2022 in Italia: una survey di FIASO

Antonio D'Urso, Giovanni Migliore, Paolo Petralia, Eva Colombo, Carlo Nicora, Cristina Marchesi, Giuseppe Quintavalle, Antonio D'Amore, Alessandro Caltagirone, Piero Borgia, Maria Giovanna D'Amato, Nicola Pinelli

Al fine di produrre un quadro sullo stato di attuazione, nell'anno di avvio, delle disposizioni contenute nel PNRR e nel DM 77/2022, FIASO ha organizzato una survey alla quale hanno aderito 74 Aziende sanitarie territoriali.

Le varie strutture e i processi previsti dalla normativa (Case e Ospedali di Comunità, Centrali Operative ecc.) sono stati attivati in media da poco più della metà del campione. La tecnologia sembra diffusa per il teleconsulto, meno per il controllo dei pazienti da remoto. Tutti hanno attuato formazione degli operatori e campagne di informazione verso la popolazione. Lo stato di avanzamento dell'applicazione di quanto previsto dalla normativa risulta in fase avanzata solo nell'11% delle

Aziende. Viene evidenziata una disomogeneità territoriale nell'attuazione del nuovo modello di presa in cura. La maggiore difficoltà è rappresentata dalla carenza dei professionisti.

Parole chiave: modello assistenziale, Case di Comunità, Ospedale di Comunità, continuità assistenziale, telemedicina, PDTA.

Articolo sottomesso: 30/10/2024, accettato: 06/11/2024

1. Introduzione

L'applicazione dei progetti del PNRR e del DM 77/22 è una parte rilevante dell'impegno delle Aziende in questo momento, ed è destinata a lasciare una traccia nel futuro del SSN. FIASO ha ritenuto utile, quindi, verificare sul campo lo stato di avvio di applicazione della norma attraverso una survey condotta nella seconda parte dell'anno 2023, per poi monitorarne nel tempo lo stato di avanzamento. Come si può vedere dalla Tab. 1, alla survey hanno risposto 74 aziende sanitarie territoriali associate su 82 invitate (90% di tasso di risposta), che

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Case di Comunità (CdC)
3. Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)
4. Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e Centrale Operativa Territoriale (COT)
5. Ospedale di Comunità (OsCo)
6. Telemedicina
7. Profilo di rischio degli assistiti
8. Implementazione di PDTA
9. Armonizzazione delle strutture e diffusione della cultura sul nuovo modello
10. Lo stato di attivazione
11. Discussione e considerazioni conclusive

* Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO.

Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

Paolo Petralia, Vicepresidente FIASO.

Eva Colombo, Vicepresidente FIASO.

Carlo Nicora, Vicepresidente FIASO.

Cristina Marchesi, Vicepresidente FIASO.

Giuseppe Quintavalle, Vicepresidente FIASO.

Antonio D'Amore, Vicepresidente FIASO.

Alessandro Caltagirone, Vicepresidente FIASO.

Piero Borgia, Coordinamento scientifico FIASO.

Maria Giovanna D'Amato, Direttore Area Dipartimentale Innovazione e Sviluppo, AUSL Toscana sud est.

Nicola Pinelli, Direttore FIASO.

Tab. 1 – Aziende sanitarie del Campione per Regione

REGIONE	N. AZIENDE CAMPIONE	N. AZIENDE INVITATE	N. AZIENDE SSN	Tasso risposta	% SSN
PIEMONTE	6	6	12	100%	50%
LOMBARDIA	15	16	26	94%	58%
PROV. AUT. DI BOLZANO	1	1	1	100%	100%
PROV. AUT. DI TRENTO	1	1	1	100%	100%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	1	3	100%	33%
LIGURIA	5	5	5	100%	100%
EMILIA-ROMAGNA	8	8	8	100%	100%
NORD	37	38	56	97%	66%
TOSCANA	3	3	3	100%	100%
UMBRIA	1	1	2	100%	50%
LAZIO	10	10	10	100%	100%
CENTRO	14	14	15	100%	93%
ABRUZZO	3	4	4	75%	75%
CAMPANIA	6	7	7	86%	86%
PUGLIA	6	6	6	100%	100%
BASILICATA	1	2	2	50%	50%
CALABRIA	1	1	5	100%	20%
SICILIA	3	6	9	50%	33%
SARDEGNA	3	4	8	75%	38%
SUD E ISOLE	23	30	41	77%	56%
TOTALE	74	82	112	90%	66%

rappresentano il 66% di tutte le ASL del Servizio Sanitario Nazionale. Nella stessa tabella è riportato il dettaglio delle aziende rispondenti per Regione dove si può ricavare come abbiano partecipato, in particolare, tutte le ASL del Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia e con percentuali molto elevate tutte le altre Regioni.

La survey è stata composta da un questionario di 45 items che ha scandagliato le principali questioni collegate al raggiungimento degli obiettivi del PNRR e DM 77: Case di Comunità – Infermiere di Famiglia o di Comunità – Unità di

Continuità Assistenziale – Centrale Operativa Territoriale – Ospedali di Comunità – Telemedicina – Profilo di rischio della popolazione – Implementazione dei PDTA – Armonizzazione delle strutture e diffusione della cultura sul nuovo modello– Stato di attivazione.

2. Case di Comunità (CdC)

Le Case di Comunità sono definite come il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione

di riferimento. La survey ha rilevato la presenza di 251 Case di Comunità nel 58% delle aziende del campione (n. 43 aziende su n. 74), con differenze nette, fra Nord (81%), Centro (50%) e Sud (26%). Le differenze tra le macro area territoriali si riflette anche nel confronto tra le singole aziende che vanno da 0 fino a 38 CdC attive sul territorio, con quasi 6 CdC per azienda tra quelle già operative con forti differenze tra le aziende del Nord con una media di 7,5, rispetto a quelle del Centro con 1,7 e del Sud 2,1.

Al momento della rilevazione che definisce il punto di partenza degli interventi previsti, si è naturalmente ancora lontani dagli obiettivi finali previsti dal PNRR e dal DM 77.

La Fig. 1 riporta la frequenza delle attività svolte dalle CdC operative nelle Aziende sanitarie.

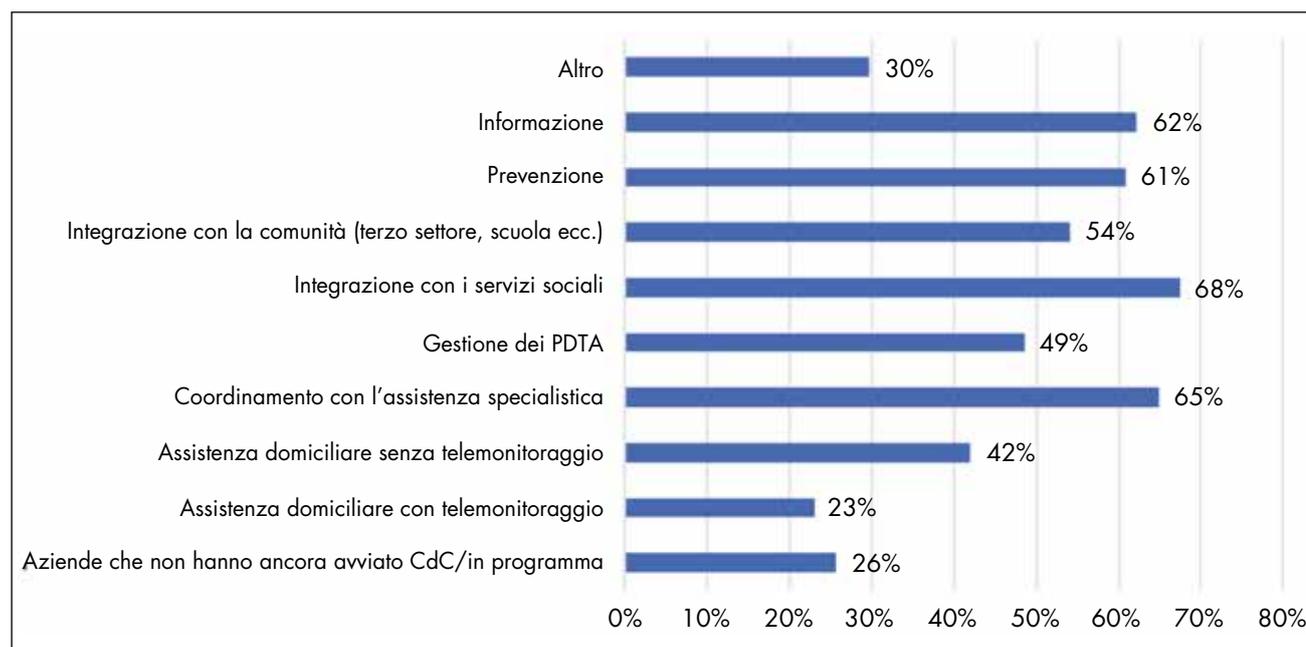
Le attività differiscono da azienda ad azienda con alcune attività svolte in modo

prevalente, come la ricerca di integrazione sia con l'assistenza specialistica (65%) che con i servizi sociali (68%) e con la comunità (54%), così come le attività dedicate alla prevenzione (61%), mentre sembra che ci sia necessità di un grande sviluppo per la gestione attiva dei PDTA (49%) e per il telemonitoraggio per supportare l'assistenza domiciliare (23%).

3. Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)

L'infermiere di famiglia o di comunità è definito come la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità nella quale opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e favorendo l'empowerment della persona e dei caregiver, rendendoli protagonisti del percorso di cura.

Fig. 1
Attività svolte dalle Case di Comunità



Il 70% delle Aziende monitorate dispone di questa figura professionale, con differenze tra Nord (95%), Centro (70%) e Sud (30%). Quanto al loro reperimento per raggiungere gli standard previsti, la maggior parte delle Aziende prefigura una riorganizzazione complessiva del personale del quale dispone.

In alcune regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria e Friuli Venezia Giulia) nessuna azienda ha al momento attivato IFoC nel territorio. Il 20% del campione non ha avviato né programmato iniziative di formazione per questa nuova figura professionale. Rispetto alle modalità con le quali le Aziende intendano raggiungere gli standard previsti, il 41% prevede una riorganizzazione complessiva della ripartizione del personale, l'1% si muove sulla linea dello *skill mix change*, investendo di alcune funzioni gli OSS, il 47% adotta entrambe le suddette strategie mentre l'11% si è mosso attraverso altre modalità. Le aziende del Nord sembrano orientarsi maggiormente per la riorganizzazione del personale, mentre la combinazione fra questa strategia e lo *skill mix change* appare più frequente al Sud.

4. Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e Centrale Operativa Territoriale (COT)

Si possono inquadrare nel modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie, socio-sanitarie e ospedaliere e di dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Al momento della rilevazione solo 20 aziende delle 74 del campione (27%) dispongono di Unità di Continuità Assistenziale, con un trend inverso rispetto a quelli precedenti, ovvero

con una grande maggioranza al Meridione, soprattutto in Campania e Sicilia, e scarsi numeri al Nord. Probabilmente questo dato è sotteso a una diversa modalità di organizzazione dell'assistenza o di misure compensative organizzative rispetto al gap strutturale di partenza tra Nord e Sud e tra le diverse Regioni (si veda case e ospedali di comunità).

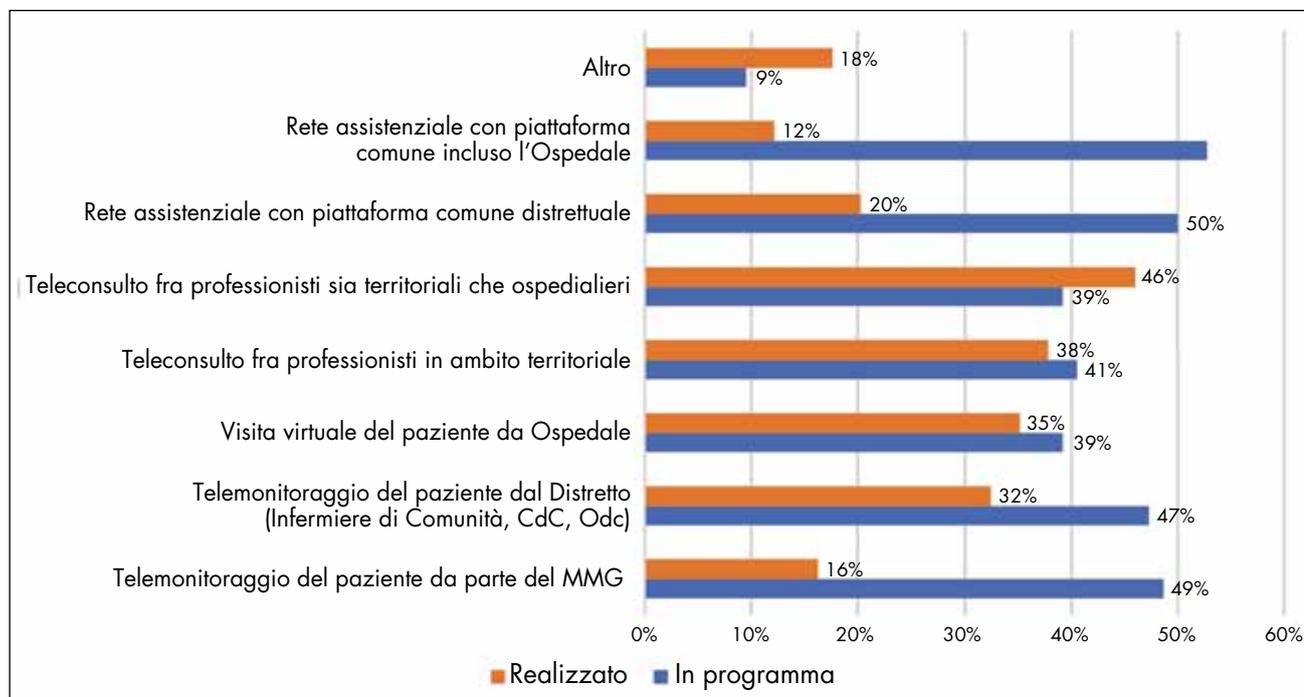
Mentre più della metà delle aziende partecipanti non dispone di Centrali Operative Territoriali (COT). Le aziende del Centro fanno registrare la percentuale più alta (71%) seguito dal 54% delle aziende del campione del Nord e il 17% di quelle del Sud.

Si registrano anche qui differenze notevoli fra attivazione/non attivazione e nel numero delle COT attivate, anche se tale numero in gran parte dipende dall'estensione del territorio e dalla quantità di distretti presenti. Occorre sottolineare come oltre il 90% delle aziende dichiara di avere esperienze pregresse di coordinamento operativo per l'allocazione dei pazienti nei vari setting assistenziali e, quindi, con funzioni e competenze sovrapponibili con quelle della COT.

Il 43% delle Aziende ha programmato o realizzato un modello di COT a valenza esclusivamente distrettuale, mentre il restante 57% ha disposto sia COT distrettuali che aziendali. Le Aziende del Centro hanno adottato il modello aziendale/distrettuale, mentre nel Nord abbiamo una divisione pressoché equa tra i due modelli, il Sud mostra una prevalenza del modello distrettuale.

5. Ospedale di Comunità (OsCo)

L'istituzione dell'Ospedale di Comunità è definita in una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e



svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità, tra l'altro, di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio; In 38 aziende del campione (51%) sono attivi 90 Ospedali di Comunità, in particolare nel 65% delle aziende del Nord, nel 43% del Sud e nel 29% di quelle del Centro. Se ne osserva l'assenza nelle aziende di Sicilia, Calabria, Bolzano, e Lazio, mentre Emilia Romagna, Lombardia e Toscana sembrano più avanti nella messa a punto di tali strutture.

6. Telemedicina

La previsione del ricorso alla telemedicina riguarda la modalità di erogazione

a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria, abilitata dalle tecnologie informatiche e digitali, e utilizzata da un professionista sanitario per garantire prestazioni sanitarie agli assistiti (professionista sanitario-assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (professionista sanitario – professionista sanitario).

Solo in 10 ASL non sono attivi progetti di telemedicina per l'assistenza territoriale. Quasi ovunque (86%) esistono progetti assistenziali di questo tipo. L'analisi del tipo di interventi che sfruttano la tecnologia digitale aiuta a capire se le potenzialità aperte dalla telemedicina sono adeguatamente sfruttate. La Fig. 2 mostra gli interventi posti in essere o programmati attraverso l'uso della telemedicina dalle aziende sanitarie.

Fig. 2

Tipologia degli interventi di telemedicina realizzati e programmati

Numeri decisamente alti si rilevano nella messa a punto di strumenti di teleconsulto fra professionisti sia territoriali che ospedalieri (46%). Un buon numero di aziende ha anche attivato sistemi per la visita virtuale del paziente da remoto dall'ospedale (35%) per il monitoraggio del paziente dalle strutture del Distretto (32%) mentre molto meno realizzato (16%), anche se già programmato da metà del campione (49%), è il telemonitoraggio dei pazienti da parte del MMG. In molti hanno programmato reti assistenziali con piattaforma comune includendo anche l'ospedale (53%), ma ancora in pochi le hanno realizzate (12%).

7. Profilo di rischio degli assistiti

Registri di patologia sono presenti nel 65% delle aziende, con un trend decrescente da Nord (76%) al Centro (64%) e al Sud (48%). Solo una parte delle aziende (42%) dispone di una stima del profilo epidemiologico di rischio per i cittadini assistiti. Nord e

Sud sono rispettivamente al 38% e 30% mentre c'è una maggiore frequenza della disponibilità di tali stime nelle aziende del Centro (71%).

8. Implementazione di PDTA

I PDTA attivati sono numerosissimi (in totale 523) e riguardano non solo le patologie croniche a maggior impatto epidemiologico classiche come lo scompenso cardiaco, la BPCO o il diabete, ma anche molte neoplasie e condizioni meno intercettate da questo approccio, come per esempio quelle che richiedono la chirurgia bariatrica, o come il gioco d'azzardo patologico. L'interesse per i PDTA e, soprattutto, per la loro applicazione, è legato alla loro impostazione a partire dalle evidenze, a garanzia della qualità delle cure e dell'assistenza, e alla semplificazione dei percorsi per i cittadini. Rappresenta inoltre un elemento essenziale il monitoraggio dei PDTA attraverso la tracciabilità del percorso e la misurazione dei risultati anche ai fini del rispetto del Nuovo Sistema di Garanzia che ha

Tab. 2 – PDTA attivato nelle aziende per frequenza di Patologia

Patologia	N. aziende con PDTA attivato
Diabete	45
Scompenso cardiaco	38
BPCO	32
Ictus	16
Demenza	16
Tumore della mammella	15
Parkinson	13
Tumore del colon	11
Patologia renale cronica	11
Malattia reumatica	10
Cardiopatie ischemiche	10

introdotto la misurazione di alcuni indicatori legati ai PDTA per la valutazione degli esiti delle cure. Elementi non di poco conto, nel momento in cui si riorganizza il modello di assistenza sul territorio.

Quattro sono le Aziende che non hanno avviato PDTA per almeno una patologia. Per il resto si contano 37 Aziende con meno di 5 PDTA attivati, 16 fra 5 e 10, 9 fra 11 e 20 e 7 Aziende che hanno impostato oltre 20 PDTA nella propria attività assistenziale. Dalla Tab. 2 seguono poi altre 12 patologie su cui oltre 5 Aziende hanno attivato PDTA.

In oncologia i PDTA attivati riguardano un numero diversificato di sedi tumorali e specificamente oltre a Mammella e Colon retto: Polmone (8 aziende), Utero (6), Melanoma (5), SNC (4), Testa collo (4), Prostata (3), Ovaio (3), Pancreas (3), Testicolo (2), Fegato (2), inoltre Stomaco, Occhio, Esofago, Vescica, Rene, Tiroide e Tumori ematologici avviati in una sola azienda.

Un buon numero di PDTA attivati sono anche stati valutati (70%), e il 57% di questi sono basati su percorsi integrati tra Ospedale e Territorio.

9. Armonizzazione delle strutture e diffusione della cultura sul nuovo modello

Quasi tutte le aziende interpellate stanno provvedendo ad armonizzare le nuove strutture territoriali, formando gli operatori e cercando di ottimizzare la collaborazione con i MMG.

Solo in Lombardia e Puglia non tutte le aziende hanno definito questi rapporti, con percentuali rispettivamente del 93% e 83%.

Il 99% delle aziende sanitarie ha iniziato a costruire la cultura professionale

sui nuovi modelli di assistenza territoriale partendo dalla formazione degli operatori, così come altrettante hanno iniziato campagne di informazione e comunicazione alla popolazione.

10. Lo stato di attivazione

Nel complesso, riguardo all'applicazione di quanto previsto da PNRR e DM 77, l'11% delle Aziende dichiara di essere in fase di avanzata realizzazione, il 18% in fase di prima sperimentazione, il 26% è in fase di avvio, il 18% è in fase di programmazione, il 27% è impegnato nella trasformazione di altre strutture esistenti. Un quadro composito, che rende conto di un lavoro avviato ma, ovviamente, ancora in progress.

11. Discussione e considerazioni conclusive

Sulle attività previste dal DM 77/22 occorrerà produrre riflessioni, confronti e formazione, per raggiungere l'evoluzione dell'assistenza territoriale che si intende ottenere. Oltre alle disposizioni normative e ai finanziamenti che supportano il potenziamento strutturale dell'assistenza, servono idee, organizzazione, risorse e governance per sostenere gli obiettivi di trasformazione dell'assistenza, non più basata sul solo ospedale. Senza sottacere il quadro attuale di penuria del personale, in particolare delle professioni sanitarie, che rende critica la capacità di implementazione dei servizi previsti in diverse aree del Paese anche rispetto agli standard previsti dalla normativa.

La survey mette in evidenza una stringente disomogeneità territoriale nell'attuazione del nuovo modello. Certamente viene fuori dall'analisi il divario fra Nord e Sud, ma non è l'uni-

co elemento che spiega le difformità. Le scelte appaiono diversificate non sempre per macroscopiche differenze nelle necessità, nelle difficoltà o nelle risorse dei singoli territori, ma anche per altri fattori che spesso si riferiscono al tipo di organizzazione precedente, ma altre volte sono dovute ad altri determinanti che sarebbe bene approfondire. La survey ci permette di avanzare delle riflessioni sui dati ottenuti per ciascun elemento dell'indagine.

Le Case di Comunità sono state aperte nel 60% delle aziende, sono dunque molte le aree che non ne dispongono e comunque, anche dove attuate, sono ancora lontane dagli standard definiti dal Decreto. Su questo è necessaria una prima riflessione: sono eccessive o coerenti rispetto ai bisogni della popolazione? Le Aziende che non le hanno attivate non ne hanno i mezzi o le ritengono poco funzionali all'assistenza? Ci sono problemi collegati alle strutture fisiche o più al reperimento di personale? Poiché questi ultimi problemi sono scontati, come si possono ovviare?

Gli investimenti e i finanziamenti sono indirizzati alle strutture e alle tecnologie, ma non al personale sanitario. La carenza cronica di medici e infermieri di cui soffre il nostro SSN comporta un intrinseco rischio di investire su strutture che non sarà possibile dotare di personale. C'è poi la questione della formazione del personale, e del rischio che possa non essere formato per fronteggiare l'innovazione tecnologica che non solo il PNRR e il DM 77 richiedono, ma anche le esigenze e i bisogni a partire dai quali il nuovo modello di assistenza territoriale sta nascendo. Restano ancora tutte da chiarire le modalità organizzative della Medicina Generale che, a

prescindere dalle formule di ingaggio contrattuale, dovranno evolvere necessariamente verso forme di lavoro di équipe coordinate dal Distretto, in stretta integrazione con tutti gli altri professionisti coinvolti nel modello di assistenza primaria (multi-professionalità).

Quanto alle attività svolte dalle CdC, sembra ben avviata l'integrazione con l'assistenza specialistica e con i servizi sociali, anche se lo sviluppo di tale integrazione sembra basata su un sistema spontaneo di collaborazione tra i professionisti piuttosto che su un sistema preordinato e strutturato. Positiva anche l'attenzione per la prevenzione. C'è ancora molto da fare, invece, per lo sviluppo del monitoraggio da remoto a supporto della assistenza a domicilio.

Rispetto alle diverse aree del Paese prese in considerazione si osservano nette differenze anche nella dotazione di Infermieri di Famiglia o di Comunità. La figura dell'IFoC dovrebbe essere disponibile in modo capillare (uno ogni 3000 abitanti) ma per avvicinarsi a questi numeri occorrono strategie di reperimento reclutamento di questo personale. È impressionante la disomogeneità dei numeri messi in campo: per esempio le aziende della Toscana ne hanno a disposizione un numero che si avvicina agli standard del Decreto, mentre il 70% delle aziende del Sud non ne dispone. Rispetto ad altre carenze questa appare più sorprendente, occorre approfondire come alcune aziende suppliscano in altri modi alle funzioni di questa tipologia di operatore. Sotto questo profilo può confortare il dato sul numero totale degli infermieri formati che supera il numero degli infermieri operativi sul territorio, rendendo evidente gli sforzi

e l'impegno delle aziende per l'attivazione di tali figure professionali. La riorganizzazione di strutture e personale risulta la scelta più frequente delle aziende per raggiungere gli standard previsti. In alcune aziende, in particolare del Nord, sono assenti le UCA (Unità di Continuità Assistenziale). Bisogna inquadrare questa evidenza nel contesto dell'esperienza delle aziende sanitarie. Da un lato il decreto definisce le UCA come un'unità di presa in carico dei pazienti cronici nella transizione dall'ospedale al territorio, soprattutto nei giorni prefestivi e festivi, dall'altro le aziende sono forti dell'eredità dell'esperienza pandemica, nella quale il ruolo delle UCA (ex USCA) è stato cruciale non solo nella presa in carico dei pazienti positivi, ma anche come équipe centrale all'interno del gruppo multidisciplinare per la gestione di pazienti complessi, col consulto e supporto degli specialisti. Il decreto stesso tuttavia pone la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti, come sede nelle CdC e individua come interpreti l'IFoC e come organizzatore le COT. Viene difficile, quindi, guardare a questo dato senza pensare che questo rallentamento verso lo sviluppo delle UCA.

Analogamente l'assenza di COT in alcune Aziende, specie del Nord, va interpretata come dovuta alla sedimentazione di organizzazioni diverse nell'esperienza delle strutture territoriali. La COT appare una struttura innovativa dalle grandi potenzialità per garantire organizzazione tra la varietà delle strutture, le novità dei compiti e l'incertezza sulle gerarchie e, quindi, per evitare problemi quali scarsa chiarezza, disguidi, intemperività, duplicazione di competenze,

quando non conflitti. Un posto riconoscibile fin dal suo nome che possa fare ordine nei rapporti a volte complessi fra le strutture e nei percorsi tutt'altro che automatici di molti pazienti, è identificabile come la strategia migliore per rendere fattibili e ordinate le integrazioni richieste dalla normativa.

Molto importanti sono i dati relativi all'uso della telemedicina, sia per il notevole potenziamento possibile dell'assistenza ai pazienti nel proprio domicilio, sia per avanzare celermente con l'integrazione Ospedale – Territorio che è fondamentale, anche per consentire ai professionisti del territorio e ai MMG l'accesso e la visualizzazione in tempo reale della documentazione ospedaliera del paziente dimesso. L'86% delle aziende sanitarie ha adottato strumenti di telemedicina per le attività di assistenza territoriale. La tecnologia sembra molto diffusa, non altrettanto le esperienze per il controllo dei pazienti da remoto a supporto della assistenza a domicilio. Risultati incoraggianti per il teleconsulto fra professionisti del territorio e fra questi e gli ospedalieri, un passo in avanti nell'integrazione. Il monitoraggio del paziente dal domicilio e le visite virtuali da remoto avvengono soprattutto da parte di strutture ospedaliere, meno da quelle territoriali e meno ancora dai MMG.

In molti hanno programmato reti assistenziali con piattaforma comune includendo anche l'ospedale, ma ancora in pochi le hanno realizzate. L'obiettivo di una piattaforma comune tra i vari setting assistenziali appare di grande interesse nel territorio nazionale, ma pochi progetti prevedono l'unificazione delle piattaforme dei dati clinici e amministrativi dei pazien-

ti, per favorirne l'integrazione. Spesso la fase di piena attuazione incorre in difficoltà tecnico/legislative, come la definizione di una piattaforma che preveda l'accesso ai dati ai vari ambiti assistenziali complianti con la normativa privacy. Probabilmente le piattaforme in preparazione presso l'Agenas potranno supportare e uniformare le aziende nelle varie esigenze di utilizzo della telemedicina.

I PDTA implementati sono numerosi ma molto dissimili tra loro. Quattro aziende non ne hanno attivato nessuno. I PDTA classici come per il Diabete, lo scompenso cardiaco e la BPCO, sono presenti in molte Aziende e non a caso sono più frequentemente oggetto di valutazione, in quanto rispondono a linee guida consolidate e scientificamente aggiornate. Gli altri sono stati sviluppati molto meno frequentemente e occorre porsi la questione di quanto siano consolidati e quali siano i criteri di selezione.

Esistono profili epidemiologici del rischio dei cittadini assistiti nel 42% delle Aziende monitorate. Un terreno sul quale c'è da lavorare ancora intensamente. La programmazione di strutture, profili professionali, formazione dovrebbe partire, in realtà, da quei dati dalla stratificazione della popolazione e dalle valutazioni che ne discendono. Strutture, personale, specializzazioni e formazione dovrebbero essere tarati sulla dimensione dei problemi di salute della propria popolazione di riferimento rischiando altrimenti, fra l'altro, di far perdere di senso al concetto di sanità di iniziativa. Intercettare proattivamente la fragilità prima che l'equilibrio si rompa e soprattutto l'anziano entri

nel loop di gravi fenomeni a cascata, è infatti una strategia fondamentale per i servizi sanitari.

La grande volontà di lavorare in maniera integrata è testimoniata dall'impegno di tutte le aziende del campione nell'organizzazione dei rapporti fra le nuove strutture, nella formazione degli operatori sui nuovi compiti e nell'informazione alla popolazione sui cambiamenti e sulle nuove risorse a disposizione dei cittadini. È altresì interessante il fatto che tutti stiano muovendo per ottimizzare il rapporto con i MMG; dal quale si attendono i risultati che potrebbero influire notevolmente sulla qualità dell'assistenza primaria.

In conclusione, i dati della survey ci consegnano elementi sul contesto nel quale le Regioni e le Aziende iniziano a recepire ufficialmente le disposizioni del DM 77, anche come stimolo per l'attivazione di confronti fra esperienze per diffondere idee e modalità di assistenza rispondenti alle esigenze degli assistiti. Il Sistema sanitario si trova in una fase delicata di transizione che non può prescindere da un *change management* oculato, sostenibile, competente su tutti i livelli e monitorabile. La sfida, ambiziosa, si regge sul delicato equilibrio del mantenimento della tensione strategica dal regolatore ai territori, in maniera da consentire a questi ultimi di attuare il passaggio dal modello organizzativo di sanità territoriale del passato a quello del futuro, senza privarli dell'autonomia della quale dispongono, anche in relazione alla loro maggiore conoscenza del contesto di riferimento, a cominciare dalle caratteristiche geografiche e demografiche.