

Paper I-Com

UNA SVOLTA PER LA SANITÀ TERRITORIALE Se non ora quando?

CURATORI

Giuseppe Moro (ricercatore I-Com)
Francesco Saponaro (presidente CETMA)

Il tema del rafforzamento della sanità territoriale è tornato di grande attualità, anche a seguito delle prime analisi e riflessioni critiche sulla drammatica esperienza della diffusione del Covid-19. A differenza di altri temi, in questo caso si registra una **grande convergenza** tra indirizzi normativi, opinioni degli studiosi e degli esperti, obiettivi degli amministratori e dei manager sanitari. La convergenza riguarda in particolare il carattere nevralgico, e per molti aspetti decisivo, della presenza nel territorio di una rete di continuità assistenziale articolata, dotata di attrezzature e supportata dalle moderne tecnologie per il teleconsulto e la telemedicina. Se ricostruiamo le dinamiche della diffusione o del contenimento del virus, non solo in Italia, emerge con chiarezza che solo mediante un sistema di prevenzione e diagnosi veloce e radicato nel territorio è possibile fronteggiare la diffusione di un'epidemia, evitando che le fasi iniziali della pandemia siano sin da subito gestite dagli ospedali, indispensabili invece nel momento di più acuta diffusione della patologia. Ciò è stato drammaticamente testimoniato da quanto accaduto nell'epicentro lombardo dell'epidemia, l'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, da dove alcuni medici hanno scritto una lettera a una rivista inglese del gruppo *New England Journal of Medicine* descrivendo il disastro negli ospedali e invocando cure a domicilio, cliniche mobili, ossigenoterapia precoce e ossimetri da fornire immediatamente dopo i primi sintomi, sorveglianza capillare attraverso gli strumenti della telemedicina. Leggendo i rapporti sulle tendenze epidemiologiche degli ultimi decenni emerge con altrettanta evidenza che, eccetto i casi estremi delle pandemie, quasi tutte le patologie più diffuse richiedono un sistema di cure integrato e articolato anche su base domiciliare. Al contrario, molte ricerche sul funzionamento degli ospedali testimoniano che solo una crescente professionalizzazione basata sull'utilizzo di tecnologie complesse e sul numero di casi trattati può garantire esiti più efficaci per i pazienti. Soprattutto al Sud si nota che una parte dell'opinione pubblica resta aggrappata a vecchi modelli centrati sull'ospedale, magari piccolo e il più possibile vicino. Un persistente retaggio di quando esistevano solo il medico condotto e appunto l'ospedale, dove ci si recava in visita ai parenti con la busta delle pietanze cucinate a casa propria.

Sul piano normativo un riferimento fondamentale di quella che abbiamo definito **grande convergenza** è rappresentato dal decreto ministeriale del ministro della Salute Livia Turco del 10 luglio 2007. Nell'Allegato A del decreto si esplicita un disegno strategico globale delle funzioni e del ruolo della sanità territoriale andando molto oltre i Distretti. Nelle strutture denominate Case della Salute è infatti prevista la ricomposizione di tutte le funzioni che incrociano i bisogni sanitari del cittadino-utente, a esclusione delle patologie in fase acuta che devono necessariamente essere trattate nelle strutture ospedaliere: medicina di base e della continuità assistenziale con un presidio H24; specialistica, punti prelievo, radiologia ed ecografia; area della riabilitazione; ambulatorio infermieristico e medico per le piccole urgenze; presenza in sede del servizio 118;

servizio di assistenza domiciliare integrata; centro unico di prenotazione, centrale operativa di riferimento per la telemedicina. Sulla base del disegno strategico del ministero l'ideale sarebbe ospitare nelle Case della Salute anche i medici di medicina generale, anello fondamentale per costruire una rete che possa condividere le anagrafiche e le informazioni sanitarie di tutti i pazienti dell'area territoriale e garantire una reale cooperazione tra gli operatori sanitari. Ovviamente questa scelta, considerata l'autonomia di queste figure professionali, è affidata alla volontà del medico di base, oltre che al reperimento di idonei spazi nei locali della Casa della Salute. Finalmente l'approccio ministeriale sembrava avvicinarsi a una progettazione centrata sui bisogni della vita quotidiana del cittadino (*Customer Oriented*). Infatti, se si approfondiscono i dati sui consumi sanitari dei cittadini italiani, emerge con chiarezza che la grandissima maggioranza degli eventi sanitari della popolazione sino a 65 anni riguarda visite, esami di laboratorio, diagnostica strumentale, prestazioni specialistiche, etc. Si tratta evidentemente di prestazioni che possono essere erogate al di fuori della dimensione ospedaliera. Solo per gli ultra sessantacinquenni, soprattutto se in condizione di cronicità, il ricorso alle cure ospedaliere assume una maggiore dimensione, anche se molti studi hanno recentemente dimostrato che almeno un quarto delle prestazioni ospedaliere risulta poi non appropriato, e quindi evitabile con modalità alternative di assistenza, sia domiciliare che basata sulle tecnologie della telemedicina.

L'impostazione del ministro Turco andava quindi semplicemente applicata in tempi rapidi, possibilmente in parallelo con i programmi di riordino ospedaliero che riguardano la riduzione dei posti letto ogni mille abitanti. Questi ultimi erano e sono mossi da una duplice finalità: ridurre i costi del sistema ospedaliero ed evitare al contempo ai cittadini di ricorrere agli ospedali anche quando il problema può essere gestito per via ambulatoriale o presso lo stesso domicilio del paziente. Per diffondere anche a livello culturale questo secondo approccio bisognava ovviamente moltiplicare i servizi e avvicinarli ai cittadini migliorando contemporaneamente la capacità di cooperazione degli operatori sanitari e la stessa impostazione dei servizi sia di diagnostica e specialistica che di emergenza-urgenza. La prima regione a muoversi in questa direzione è stata la Toscana, seguita da altre del Centro-Nord. Le regioni del Centro-Sud erano in quel periodo quasi tutte in affanno finanziario, e quindi costrette dal nuovo quadro normativo a far ricorso ai cosiddetti Piani di rientro. Ora, per quanto questi piani abbiano prodotto anche effetti positivi, la netta prevalenza è stata assegnata all'obiettivo del riequilibrio finanziario, e quindi al ruolo dei custodi della spesa, cioè i funzionari del ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Il ministero della Salute ha svolto la funzione di monitoraggio del grado di scostamento dai parametri dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Può darsi che, come sostengono alcuni studiosi, i LEA nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro non siano peggiorati, e questo confermerebbe il conseguimento del risultato di una maggiore efficienza. Non è stata però certamente affrontata la questione di fondo relativa ai livelli organizzativi della sanità distrettuale, così come delineata dal decreto Turco del

2007. Del resto è noto a tutti coloro che si occupano di organizzazione sanitaria che il ministero della Salute da anni interviene sugli standard ospedalieri (da ultimo con il decreto numero 70 del 2015) ma non si registra un’analoga attenzione ai livelli minimi di assistenza territoriale che devono essere garantiti a livello sub distrettuale, posto che le dimensioni del Distretto generalmente superano un bacino di 60.000 abitanti (ad esempio, nella provincia pugliese di Brindisi vi sono 4 Distretti per 400.000 abitanti). Piani di rientro più articolati nel tempo, ma chiaramente orientati al superamento del gap di servizi territoriali del Mezzogiorno, avrebbero probabilmente meglio collegato l’obiettivo del controllo della spesa con la qualificazione delle prestazioni offerte agli utenti. In questo periodo si inserisce anche un’altra norma di grande rilievo, ossia il decreto Balduzzi (decreto legge 13 settembre 2012 numero 158) che prevede l’aggregazione, seppur non in forma obbligatoria, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative. L’obiettivo è *“garantire l’attività assistenziale per l’intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana... adottando forme organizzative mono professionali e multi professionali”* che erogino le *“prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale”*.

I principi generali della riforma delle cure primarie, a cui sia il decreto Turco che quello Balduzzi si ispiravano, erano stati ben definiti molti anni prima dalla pediatra americana e studiosa di management sanitario Barbara Starfield:

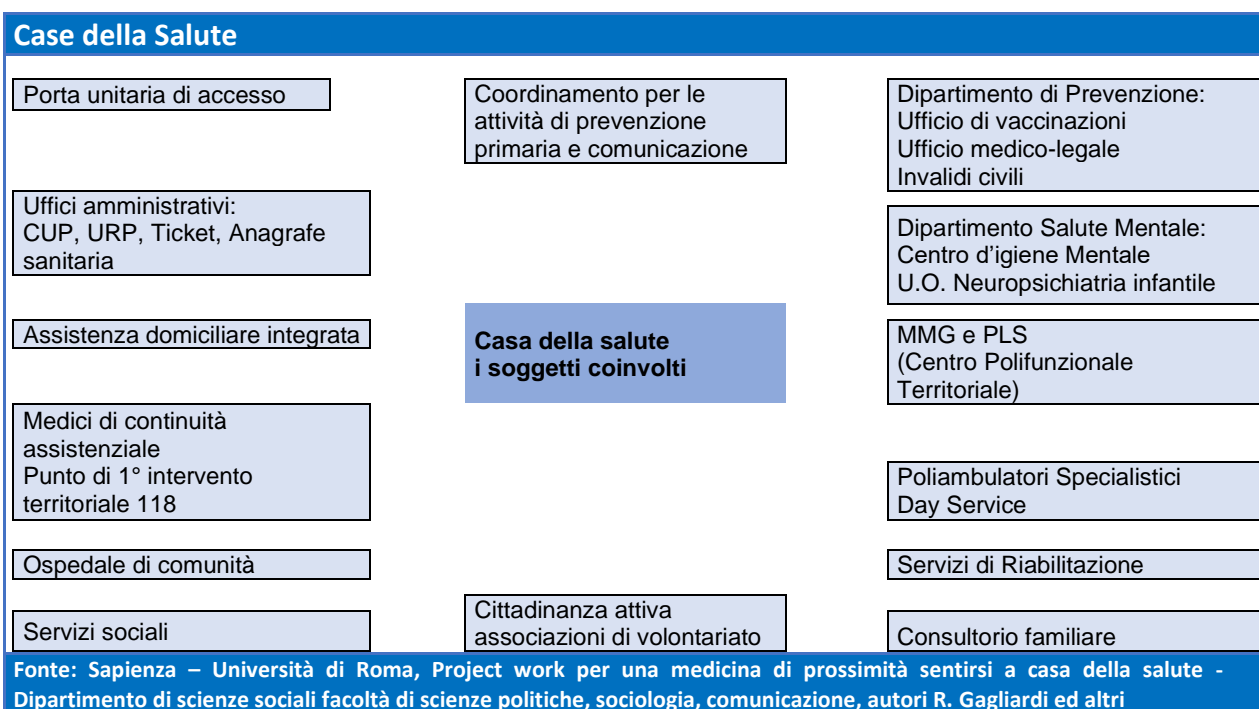
- ✓ *Accessibility*: facilità di contatto tra il cittadino e il sistema di offerta, prossimità dei servizi, tempi di apertura degli ambulatori e modalità di gestione dei tempi di attesa;
- ✓ *Comprehensiveness*: attenzione alle condizioni di salute dell’assistito nel suo complesso;
- ✓ *Coordination*: coordinamento e integrazione tra i diversi operatori sanitari;
- ✓ *Continuity/Longitudinality*: continuità temporale dell’assistenza;
- ✓ *Accountability*: monitoraggio continuo dei risultati e rendicontazione periodica sia degli *output* che degli *outcome*.

Proprio in quel periodo gli organi tecnici, come l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), elaboravano dati significativi sul tema degli accessi impropri al pronto soccorso ospedaliero, un indicatore importante sia di disagio evitabile da parte dei cittadini che delle carenze del sistema sanitario territoriale. Nell’ultimo decennio tutte le stime evidenziano un numero molto elevato di accessi non appropriati al pronto soccorso ovvero gestibili in altre forme ambulatoriali o domiciliari. A fronte di questi dati si sono moltiplicate le raccomandazioni in sede di Piani sanitari nazionali per realizzare un’integrazione tra il sistema territoriale della medicina di base e del servizio di continuità assistenziale con il sistema di emergenza-urgenza, sia sul piano della rete telefonica e informatica che sul piano dell’ubicazione fisica. I benefici dell’integrazione info-telematica sono di enorme rilievo sia per il paziente che per l’organizzazione sanitaria. Si pensi

soltanto all'opportunità, in fase di pronto intervento, di poter consultare il Fascicolo sanitario elettronico del cittadino, e in particolare il *data set* di informazioni relative all'emergenza (la cui compilazione andrebbe peraltro resa obbligatoria come in altri Paesi europei). Ma l'integrazione dei servizi di continuità assistenziale, se dotati di ambulatori medico-chirurgici e di una moderna dotazione di diagnostica strumentale, aiuterebbe moltissimo a evitare accessi impropri al pronto soccorso ospedaliero che, in assenza di altre strutture, diventa l'unico riferimento per tutti i generi di eventi sanitari, anche quelli di minore complessità. Oltre ad affrontare la questione dell'emergenza, il rafforzamento della sanità territoriale dovrebbe avere come finalità principale quella di seguire il paziente e dargli supporto anche domiciliare, sia per implementare le politiche di prevenzione (esami periodici, visite di controllo, etc.) che per prenderlo in carico in caso di malattia conclamata o di manifestazioni di cronicità. Non si possono ormai contare i tantissimi studi e convegni sul *Chronic Care Model*, ovvero la presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia, asma, ipertensione), che dovrebbe avere le seguenti implicazioni:

- Definizione dei Registri di patologia e alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico;
- Programmazione per ciascuna patologia degli accertamenti e dei controlli necessari al corretto monitoraggio della patologia e alla prevenzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni evitabili;
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare a diversa intensità assistenziale e dell'ospedalizzazione a domicilio attraverso gli strumenti della telemedicina e della demotica di sostegno;
- Implementazione delle pratiche di *self-help* e di *family learning*;
- Collegamento con l'ospedale di riferimento e le strutture di riabilitazione per gestire congiuntamente le dimissioni ospedaliere e i ricoveri programmati con la semplificazione della fase del *triage*.

Sono sufficienti questi richiami per cogliere la differenza fondamentale tra una Casa della Salute e un sottomultiplo del Distretto costruito solo con la delocalizzazione della specialistica. Per esemplificare, di seguito un modello di Casa della Salute, con le relative funzionalità.



Il limite delle normative promozionali prima citate (decreti Turco e Balduzzi) è stato però quello di non fornire incentivi anche alle regioni in difficoltà finanziaria per stimolare l'attivazione decisa dei comuni e delle aziende sanitarie per il reperimento e l'attrezzatura di locali idonei allo scopo e per incentivare e rendere più conveniente per gli operatori della medicina di base la modalità multi professionale di aggregazione, che risulta senza dubbio la più funzionale all'obiettivo della messa in opera generalizzata sul territorio nazionale del disegno strategico delle Case della Salute. Anzi, nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro è accaduto il contrario perché il blocco prolungato delle assunzioni ha impedito il potenziamento di quei servizi che erano già al di sotto di standard minimi e che, come nel caso dell'assistenza distrettuale, potevano compensare la riduzione dei posti letto ospedalieri o addirittura la chiusura degli ospedali minori.

Nel caso della Puglia gli obiettivi del legislatore sono simili a quelli nazionali. Prima con la legge regionale numero 25 del 3 agosto 2006 (poi modificata con legge regionale numero 35 del 2006) e poi con il Regolamento Regionale di Organizzazione del Distretto Socio Sanitario (numero 6 del 18 aprile 2011), anche la Puglia ha individuato l'obiettivo della ricomposizione delle cure primarie e della presa in carico dei pazienti da parte delle strutture distrettuali come irrinunciabile. Questa volontà si è poi tradotta in un progetto sperimentale denominato "Nardino", esteso poi a tutto il territorio regionale con il nome di "Progetto Care Puglia" e finalizzato alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche mediante un approccio sistemico e multidisciplinare. Nel progetto particolare rilievo è assegnato alla formazione di un gruppo di infermieri specializzati che avrebbero dovuto svolgere la funzione di *care manager*. Questa scelta provocò in quegli anni

alcune proteste da parte del sindacato dei medici di base, i cui rappresentanti nel luglio 2012 espressero ai direttori generali sia il timore che per la sperimentazione del “Progetto Care Puglia” fossero utilizzati fondi destinati alla medicina di base sia la contrarietà alla condivisione dei dati sanitari dei pazienti con figure professionali come quella del *care manager*. A novembre 2013 i risultati conseguiti erano ancora di modeste dimensioni: 2.208 pazienti cronici in tutta la regione e 35 *care manager* formati. In provincia di Brindisi, ad esempio, i pazienti erano 288 e i *care manager* 4. Negli anni successivi questa sperimentazione non sembra aver prodotto ulteriori investimenti né una maggiore attenzione ai vari elementi necessari al potenziamento della sanità distrettuale. Per coglierne i motivi è necessario volgere lo sguardo anche al *modus operandi* della burocrazia statale che sovrintende all’attuazione dei Piani di rientro per le regioni in deficit. Nei meccanismi adottati risulta prevalente la *ratio* contabile, che mira semplicemente a comprimere i costi per riportarli entro il tetto delle assegnazioni annuali del Fondo sanitario. Il punto è che l’unico comparto della spesa per cui si dispone di *standard* operativi, forse discutibili ma comunque chiari, è quello dell’organizzazione ospedaliera, e quindi della relativa spesa. Per valutare gli altri comparti, in attesa di definizione dei Livelli Essenziali, ci si regola empiricamente, fissando una percentuale di spesa come riferimento per ogni sottoinsieme (prevenzione, assistenza territoriale, farmaceutica, etc.). Inoltre si valuta annualmente l’andamento di un set di indicatori che dovrebbe (il condizionale è quanto mai d’obbligo) rappresentare la capacità delle singole regioni di garantire i LEA. Almeno per quanto riguarda la sanità distrettuale, il sistema degli indicatori risulta semplicistico e non efficace per supportare una diagnosi precisa dei punti di forza o di debolezza dei sistemi regionali.

Più articolato ed efficace ai fini di una verifica più centrata sui bisogni del cittadino-utente risulta il sistema di indicatori costruito dal Laboratorio Management Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa. Nella griglia degli indicatori utilizzati per valutare i sistemi sanitari regionali troviamo, infatti, una discreta attenzione alle garanzie di facile accesso ai servizi e di comunicazione efficiente. Digitalizzazione dei servizi, accessibilità online delle informazioni sui servizi, leggibilità del sito web, ricetta dematerializzata e Fascicolo sanitario elettronico sono alcuni degli aspetti monitorati nel Rapporto 2018. Anche per la verifica del funzionamento della sanità territoriale il rapporto, oltre ai classici indicatori quali il numero di anziani ospitati nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e altri, contiene alcuni elementi di originalità come l’indicatore relativo al numero di anziani ultra settantacinquenni dimessi dall’ospedale che abbiano ricevuto una visita domiciliare entro i due giorni successivi oppure quello sulla percentuale di accessi domiciliari effettuati di sabato, domenica e nei giorni festivi.

Bisogna comunque riconoscere che il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria, varato con decreto ministeriale del 12 marzo 2019, migliora sensibilmente il quadro degli indicatori di verifica dell’assistenza distrettuale. La prima applicazione di questi nuovi indicatori

avverrà sui dati del 2020. Per cambiare e migliorare la situazione in tempi brevi, com'è necessario, non serve però attendere le valutazioni *ex post*. Gli indicatori rilevano, quando sono sensitivi, ciò che è stato fatto o non fatto. L'esigenza in Italia è di uno scatto di iniziativa prima dell'estate con l'obiettivo di costruire dappertutto le unità territoriali specializzate per fronteggiare diversamente l'eventuale recrudescenza del Covid-19 e, più in generale, allineare in un triennio gli standard di dotazione dei servizi territoriali delle regioni del Sud e di alcune regioni del Nord a quelli già messi in opera in quelle dell'Italia centrale. Fino a oggi il ministero ha fornito solo le indicazioni contenute nell'articolo 38 del decreto del presidente del Consiglio dei ministri numero 23 del 2020. La norma prevede di concedere miglioramenti economici ai medici di base, ottenendo in cambio la loro reperibilità in studio per l'intera giornata e la possibilità per i pazienti cronici, quelli fragili e quelli colpiti dal Covid-19 e dimessi dall'ospedale, di potersi collegare da remoto attraverso piattaforme digitali. In particolare, per i pazienti affetti da coronavirus si prevede anche la distribuzione di pulsossimetri per il monitoraggio a distanza. Ma come ci si organizza per curare e seguire l'80% dei pazienti positivi che sono presso il loro domicilio e che possono non far ricorso all'ospedale? Come si mettono in azione le squadre dedicate alle cure a domicilio e al compimento dei tamponi? Accanto ai decreti legge sulle regole di prevenzione o sulle misure economiche bisognerebbe varare un programma rapido e incisivo di potenziamento dell'assistenza sul territorio, o almeno stanziare una cifra consistente da mettere a disposizione del ministero della Salute per finanziare i progetti di rafforzamento predisposti dalle regioni e dalle aziende meno attrezzate sul piano dell'offerta sanitaria distrettuale. Finora alcune regioni del Centro-Nord, ma anche la Campania, hanno utilizzato a questo scopo i fondi residui dell'articolo 20 della legge numero 67 del 1988 sull'edilizia sanitaria. Nella tabella che segue, il monitoraggio degli accordi di programma per regione.

Programma pluriennale di investimenti nella sanità (art. 20 legge n. 67/1988)					
Monitoraggio accordi di programma					
regione	risorse destinate ad accordi di programma	valore degli accordi di programma sottoscritti al 2016	risorse residue per accordi di programma da sottoscrivere	risorse residue per accordi di programma da sottoscrivere	numero interventi ammessi a finanziamento
	A	b(*)	c=a-b	d	E
Piemonte	1.049.050.970,75	671.405.557,03	377.645.413,72	669.987.453,81	151
Valle d'Aosta	43.750.726,69	43.750.726,69	0,00	43.750.726,69	8
Lombardia	2.072.650.893,53	1.891.792.026,44	180.858.867,09	1.891.790.977,12	206
P.A.	115.118.394,47	115.118.394,47	0,00	67.688.907,21	7
Bolzano					
P.A.	120.681.208,66	93.494.437,81	27.186.770,85	93.494.437,53	11
Trento					
Veneto	1.036.274.367,52	1.036.274.367,49	0,03	961.379.912,60	231
Friuli-Venezia Giulia	291.309.045,34	240.080.143,58	51.228.901,76	240.080.143,59	7
Liguria	493.575.788,73	424.475.341,93	69.100.446,80	424.475.331,91	225
Emilia-Romagna	947.129.466,77	947.129.466,66	0,11	871.488.345,77	248
Toscana	877.519.531,08	877.519.531,08	0,00	803.218.169,50	138
Umbria	138.243.376,26	107.675.401,14	30.567.975,12	107.674.577,42	36
Marche	325.518.745,14	325.190.232,89	328.512,25	325.190.232,87	119
Lazio	1.227.197.342,08	663.925.962,66	563.271.379,42	660.151.119,59	195
Abruzzo	359.623.125,67	131.100.370,06	228.522.755,61	119.249.843,76	54
Molise	127.704.610,91	27.400.391,75	100.304.219,16	27.400.391,75	10
Campania	1.721.752.226,57	535.491.999,87	1.186.260.226,70	535.491.999,87	45
Puglia	1.204.450.339,41	640.229.424,91	564.220.914,50	640.229.424,91	126
Basilicata	203.662.954,87	203.662.954,86	0,01	130.168.830,16	56
Calabria	608.640.239,97	350.145.425,09	258.494.814,88	339.592.975,80	26
Sicilia	1.774.433.072,60	971.302.747,82	803.130.324,78	971.302.747,82	215
Sardegna	547.671.940,89	303.792.695,87	243.879.245,02	303.657.959,29	199
TOTALE	15.285.958.367,91	10.600.957.600,10	4.685.000.767,81	10.227.464.508,97	2.313

Questi dati sono stati elaborati nel 2018 dalla Corte dei conti e possono essere consultati nella deliberazione numero 4 del 9 marzo 2018 dal titolo "L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario", Corte dei conti - Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato.

Nel caso della Puglia, a gennaio 2019 la Giunta regionale ha formulato una proposta di utilizzo dei residui fondi spettanti per un ammontare di circa 564 milioni di euro (il precedente accordo di programma risale al 2007). La nuova proposta pugliese prevedeva il finanziamento di alcuni nuovi ospedali e di alcuni investimenti per ammodernamento tecnologico. A differenza degli interventi

di modeste dimensioni per attrezzare i presidi della sanità territoriale, la realizzazione di nuovi ospedali è gravata da un'eccessiva complessità procedurale, dovuta sia ai meccanismi del medesimo articolo 20 che alle norme del Codice dei contratti. Infatti, nell'agosto del 2019 la stessa regione ha deliberato una proposta di accordo "stralcio" per un ammontare di circa 330 milioni riservato agli investimenti per cui risultava prodotta la documentazione tecnica. Occorre comunque per alcuni di essi aspettare la progettazione esecutiva. Un ciclo, che come per tutte le opere complesse, rischia di durare molti anni. Va precisato che nel frattempo la regione ha destinato una linea di intervento del Programma operativo regionale finanziato dall'Unione europea per il potenziamento della sanità territoriale (Azione 9.12 del POR con una dotazione di 404 milioni). Per la Puglia, come per altre regioni meridionali, si pone tuttavia il problema di ulteriori risorse per il funzionamento ordinario della rete sanitaria di prossimità, a partire dalla troppo scarsa dotazione di risorse umane dedicate. Bisognerà quindi necessariamente incrementare le risorse del Fondo sanitario di esercizio. Anzi, sarebbe molto importante che le regioni meno dotate formulassero una proposta nazionale di standard minimi di dotazione per la sanità territoriale, unico modo per rendere effettivi i Livelli Essenziali di Assistenza in questo campo. Sicuramente una strada da perseguire con più decisione è quella del potenziamento della telemedicina per dotare sia le strutture sanitarie e gli operatori sia un'ampia porzione di assistiti di strumenti di rilevazione clinica e di comunicazione utili per la diagnosi e refertazione. Tra l'altro, le nuove tecnologie, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza per i pazienti, permettono in molti casi di razionalizzare i costi, determinando economie di scala, e una maggiore efficienza nell'organizzazione del lavoro professionale degli operatori. Numerosi i documenti nazionali di fonte pubblica generalmente condivisibili. Solo in quest'ultimo decennio ricordiamo:

- Le Linee di indirizzo italiane sulla Telemedicina redatte dal Consiglio superiore di sanità nel 2012
- Nel 2014 la Conferenza Stato-regioni ha approvato le Linee di indirizzo nazionali per la telemedicina;
- Nel 2016 la stessa Conferenza Stato-regioni ha approvato il Patto per la sanità digitale;
- Nel 2017 l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ha inserito il ricorso a "dispositivi per allarme e telesoccorso" per i pazienti disabili;
- A marzo del 2020, in piena crisi Covid-19, è stata lanciata dal governo nazionale la Fast call telemedicina con l'obiettivo di individuare "*le migliori soluzioni digitali disponibili relativamente ad app di telemedicina e assistenza domiciliare...*"

A fronte di questa cornice di validi obiettivi il fenomeno ricorrente anche in questo campo potrebbe essere definito **rinvio della prassi**. Certamente i vincoli finanziari hanno condizionato pesantemente la disponibilità di risorse per gli investimenti tecnologici. Il Patto per la salute 2019-2021 approvato a dicembre 2019, poco prima dell'esplosione della pandemia, ha stimato

complessivamente in 1,5 miliardi di euro il fabbisogno per tutte le tipologie di ammodernamento tecnologico, comprese quelle degli ospedali che, ovviamente, assumono un peso preponderante negli acquisti.

Ma la telemedicina può diventare uno dei campi di investimento più promettenti anche per gli operatori privati e del settore privato-sociale, delineandosi una sicura crescita sia del fabbisogno di soluzioni tecnologiche sia di servizi al cittadino. Questi ultimi in parte sono semplici servizi di teleassistenza e teleconsulto che possono essere assicurati da Centri di erogazione collegati a distanza con i medici abilitati. Su questo tema è di recente intervenuta una importante sentenza della Corte di Cassazione ([sentenza numero 38485 depositata il 17 settembre 2019](#)), che ha chiarito opportunamente il confine tra l'attività per cui serve l'abilitazione sanitaria e le attività tecniche di rilevazione e raccolta dati, che possono essere svolte autonomamente senza autorizzazione sanitaria.

Nello scenario di un'auspicabile ripresa dell'economia italiana dopo lo shock del coronavirus, nel nostro Paese si può contare su un settore innovativo e dinamico, sia elettromedicale che biomedicale, pronto a investire in ulteriore innovazione dei prodotti e dei servizi. Anche in Puglia si registra la presenza di imprese come, per citarne alcune, MASMEC, ITEL, Item Oxigen (che dispone di soluzioni per l'assistenza domiciliare dei pazienti con affezioni respiratorie), in grado di collaborare alla diffusione massiccia della telemedicina. Vi è inoltre un sistema di offerta di soluzioni applicative da parte delle numerose aziende informatiche interessate a investire in questa direzione. È sufficiente scorrere l'elenco delle aziende aggiudicatrici nel 2013 del bando regionale di Pre-Commercial Public Procurement nelle aree tematiche Assistenza e Inclusione o Sicurezza e Salute. Oppure consultare i progetti relativi alla sanità presentati a seguito del più recente bando Innonetwork gestito dalla società pubblica INNOVAPUGLIA. Questa effervescenza imprenditoriale, che vede anche la nascita di alcune start-up innovative, è supportata dal Politecnico di Bari, da tutte le università pugliesi e da centri di ricerca come l'ENEA e il CETMA di Brindisi.

Ci sono quindi tutti gli elementi necessari per sostenere una svolta effettiva verso il potenziamento della sanità territoriale.

È venuto il momento di passare dalla grande convergenza delle intenzioni alla coerenza delle azioni.