



PHD Talks è il nuovo **progetto editoriale** di **PHD Lifescience** che mira a cercare risposte su **temi di stretta attualità** in alcune delle aree chiave del mondo healthcare.

Ogni edizione si avvale del **contributo di esperti/e del settore**, fornendo **approfondimenti qualificati** e stimolando il dialogo sulle evoluzioni in atto, offrendo spunti di riflessione, soluzioni concrete e nuove prospettive.

Buona lettura!



L'ANALISI DEL DIRETTORE SANITARIO DELL'ASL DI BRINDISI, DR. VINCENZO GIGANTELLI

Il sistema sanitario italiano è attraversato da una profonda trasformazione: il PNRR e le riforme nazionali stanno ridisegnando il rapporto tra territorio e ospedale, puntando su una sanità più vicina ai cittadini e capace di rispondere in modo integrato ai bisogni di salute. Ma come si traduce questo cambiamento nella pratica quotidiana? Quali sono le sfide che le aziende sanitarie locali devono affrontare per garantire quella continuità di cura che rappresenta uno degli obiettivi chiave del nuovo modello assistenziale?

Per rispondere a queste domande abbiamo raccolto il punto di vista del Direttore Sanitario dell'ASL di Brindisi, dr. Vincenzo Gigantelli, che ci ha illustrato strategie, priorità e soluzioni concrete per costruire una rete assistenziale realmente integrata, capace di

accompagnare i pazienti lungo tutto il percorso di cura senza dispersioni né frammentazioni.

UNA NECESSITÀ NON MARGINALE

"Molti dei casi che vengono trattati a livello territoriale trovano completezza nell'organizzazione di assistenza sanitaria di base e specialistica" spiega il dr. Gigantelli, *"ma in una percentuale di casi che varia tra il 5 e il 15% - quindi un paziente su 5 o un paziente su 10 - c'è la necessità di avere un'attività di colleganza molto valida"*. Si tratta di quei pazienti che afferiscono alle cure intermedie e non trovano risposta adeguata nella normale organizzazione assistenziale: una quota non residuale che richiede percorsi di referral strutturati ed efficaci.

STRUMENTI ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI: LE BASI DEL SISTEMA

Per costruire percorsi di referral fluidi, il dr. Gigantelli identifica due pilastri fondamentali: strumenti organizzativi e strumenti informatici. *"Il punto di partenza è una comunicazione corretta"* sottolinea il Direttore Sanitario, riferendosi alle carte dei servizi presenti sui siti istituzionali, che rappresentano *"il primo baluardo di comunicazione nei confronti del cittadino e anche degli operatori"*.

Dal punto di vista documentativo, la trasformazione digitale sta fornendo nuovi strumenti: il Fascicolo Sanitario Elettronico e la cartella clinica elettronica e ambulatoriale che *"si stanno via via perfezionando"* e costituiscono le basi del referral territorio-ospedale. A questi si affianca *"la creazione di una rete di tipo infrastrutturale che collega i vari servizi"* e la disponibilità immediata dei documenti attraverso *"meccanismi di repository"*.

GOVERNANCE DEI DATI E PDTA: EVITARE SPRECHI E GARANTIRE APPROPRIATEZZA

La condivisione dei dati e il raggruppamento in unico ambiente di tutte le informazioni rappresentano un elemento cruciale per l'efficienza del sistema. *"Da una parte evitiamo il ripetere esami di cui siamo già in possesso, dall'altra abbiamo la possibilità di orientarci verso un più appropriato utilizzo dei dati"* spiega il dr. Gigantelli. Questo approccio si collega strettamente all'adozione di PDTA per singole patologie: *"i cosiddetti percorsi integrati sono già previsti dal DM n. 70 e oggi, con il completamento della rete territoriale voluta dal DM 77, si devono ulteriormente espandere e completare a livello territoriale"*.

IL CAMBIO DI PARADIGMA: DAL "MIO" AL "NOSTRO" PAZIENTE

Ma la tecnologia da sola non basta. È necessaria una trasformazione culturale profonda. *"Una volta da una parte c'erano i medici del territorio e dall'altra c'erano gli ospedalieri. La realtà vuole che entrambe queste figure si schierino dallo stesso lato e intorno agli interessi dei pazienti"* afferma il dr. Gigantelli.

Il cambiamento richiede di superare l'idea di separatezza dei compiti: *"far capire ai professionisti che il paziente non è mio o tuo, ma è mio e tuo nel contempo, secondo quello che è il bisogno di salute da ottimizzare, determina un momento di confronto più sereno perché è come se fosse un passaggio di testimone tra professionisti"*. Una presa in carico che deve essere "multidisciplinare e multiprofessionale", valutando il paziente *"nelle varie dimensioni che sono non soltanto di tipo sanitario e clinico, ma anche di tipo sociale, relazionale e familiare"*.

I NODI CRITICI: QUANDO SI INTERROMPE LA CATENA COMUNICATIVA

Nonostante i progressi organizzativi, restano criticità significative. *"È quotidiano il ricorso al direttore sanitario aziendale per questioni di non colleganza, cioè di non coinvolgimento"* rivela il dr. Gigantelli. *"Quando si interrompe la catena comunicativa, il paziente si ritrova con un referto non consegnato, con un esame non eseguito, con una spiegazione non data o con una relazione deficitaria"*.

Il problema si amplifica con particolari tipologie di pazienti: *"quando il paziente è fragile, affetto da malattie rare, con problematiche collegate a una non autosufficienza e quando richiede la collaborazione di soggetti che spesso sono ubicati fisicamente a distanza"*, le difficoltà si moltiplicano. In questi casi l'ASL interviene *"in tempo reale per cercare di capire quali sono gli ostacoli"* e garantire la continuità assistenziale.

IL RUOLO DELLA TELEMEDICINA E DELLE CENTRALI OPERATIVE

Per il futuro, il dr. Gigantelli individua nella telemedicina e nelle centrali operative territoriali elementi chiave: *"un investimento maggiore in procedure di telemedicina, di teleassistenza e telemonitoraggio, il corretto utilizzo delle centrali operative territoriali potrà aiutarci a connettere in maniera più efficiente ed efficace il bisogno rilevato per quel paziente"*. L'obiettivo è essere "tutti allineati sulla conoscenza del caso, della terapia, del follow-up", dai medici di medicina generale ai pediatri di libera scelta agli specialisti delle future case della salute e ospedali di comunità.

PNRR: UNA TRASFORMAZIONE ANCORA IN CORSO

Riguardo all'implementazione delle misure del PNRR, il dr. Gigantelli fornisce un quadro realistico dei tempi: *"Ad oggi abbiamo fatto percorsi formativi per infermieri di famiglia e comunità in collaborazione con gli ordini professionali, però non abbiamo ancora assunto queste figure"*. Le assunzioni potranno avvenire *"solo quando le strutture saranno complete, collaudate e rese nella disponibilità dei territori"*.

Al momento *"sono i servizi esistenti sui quali basiamo la nostra capacità erogativa"* precisa il Direttore Sanitario, *"entro giugno del 2026, al più tardi a fine 2026, saremo in condizione di vedere le attività concretizzate sul piano operativo"*. Nel frattempo, il lavoro si concentra sulla trasformazione graduale dell'esistente *"in qualcosa che sia maggiormente orientato allo schema previsto dalla medicina di iniziativa"*.

PUNTARE SUL POTENZIALE TERRITORIALE

Piuttosto che guardare ad esperienze di altre regioni, il dr. Gigantelli ritiene di doversi soffermare sul potenziale nell'ambito del territorio cercando di migliorare quanto già in essere. Il Direttore ritiene che *"l'adozione di un modello di medicina di iniziativa abbia in sé un prerequisito: agire all'interno della cornice regionale, quindi dell'operatività aziendale, creando i presupposti per un'ottimizzazione di quello che già si fa rispetto a quello che potrà modificarsi"*. In questo senso l'obiettivo è sviluppare progetti specifici per *"una presa in carico condivisa e integrata per pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di follow-up post ospedaliero"*, aprendo *"al concetto di medicina di prossimità che si spinge fino al domicilio, inteso come il primo luogo di cura"*.

Il riferimento è all'obiettivo PNRR di *"una presa in carico graduale e costante verso il 10% almeno dei pazienti ultrasessantacinquenni"*. Per gli altri casi, il percorso farà riferimento ai presidi territoriali: Case della Comunità, Ospedali di Comunità e, in Puglia, i PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) derivanti dalla riconversione di strutture ospedaliere.

LA PRIORITÀ: MODELLI ORGANIZZATIVI

Quale priorità immediata, il dr. Gigantelli ha già indicato ai direttori aziendali *"di mettere in atto modelli organizzativi che agiscono su tutti gli ambiti di attività assegnati dai LEA, dalla prevenzione alla gestione distrettuale e ospedaliera, attraverso graduale e costante avvicinamento alle necessità del territorio"*.

L'obiettivo è ambizioso: garantire qualità e sicurezza delle cure anche in un contesto di carenza di personale. *"Per colmare questa carenza, che a volte è determinante e condizionante i percorsi, dobbiamo inventarci modalità che comunque garantiscano le cure in senso qualitativo e di sicurezza"*.

La soluzione passa per un impegno collettivo: *"Ciascuno deve imparare a fare, come professionista, la propria parte creando le condizioni per cui i vari setting assistenziali vengono sfruttati al meglio, e questo è un impegno che richiede cultura, preparazione e predisposizione al lavoro di squadra"*.

Rendere il referral parte integrante del percorso assistenziale è un lavoro di regia che richiede l'orchestrazione di norme, risorse territoriali, strumenti organizzativi e tecnologici, ma anche il coinvolgimento di tutti gli attori chiave. È grazie a questo impegno congiunto e a questa capacità collettiva di coordinamento che si può trasformare il passaggio del paziente tra i diversi livelli di cura in un continuum coerente, appropriato e sicuro.

Questa *newsletter* non ha la pretesa di offrire risposte definitive, ma di **stimolare una discussione collettiva** tra chi ogni giorno cerca di migliorare il sistema sanitario. Se qualcosa vi ha colpito, fatelo sapere, scrivendo, commentando o condividendo la vostra esperienza, perché solo dal confronto nasce il cambiamento.



PHD Lifescience srl

Via Nazario Sauro, 8, 40121, Bologna (BO)

Via Filippo Turati, 7, 20121 Milano (Mi)

[Unsubscribe](#)