

Il numero unico europeo 116117, grimaldello di una nuova sanità territoriale

Di Alberto Vaona Roberto Parisi Pasquale Ortasi Mario Dal Co Antonio Vittorino
Gaddi

Rubrica: Tecnologia ed etica per la salute

Abstract

L' 116117 sarà il numero unico europeo per l'assistenza sanitaria non urgente, sempre attivo h24 a partire dal corrente anno 2026, a cui i cittadini potranno rivolgersi per essere correttamente indirizzati. Si candida a filtro di accesso per smistare le richieste verso i servizi sanitari territoriali – come i medici di base organizzati in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e strutture sanitarie territoriali previste dal PNRR (Case di Comunità). Il suo valore strategico risiede nel triage sanitario da remoto, fondamentale, per garantire risposte appropriate, tempestive e contemporaneamente ridurre l'afflusso improprio ai servizi di Pronto Soccorso (PS). Per poter svolgere questo ruolo essenziale, l'116117 deve essere basato su un modello standard nazionale e con un'unica interfaccia per l'utente, per risultare un punto di riferimento affidabile e non incorrere nelle problematiche che hanno contraddistinto l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE). L'implementazione attuale è parziale e disomogenea tra le Regioni, con rischi medico-legali quando manchino processi decisionali di prioritizzazione e competenze sanitarie. La Società Italiana Telemedicina (SIT) raccomanda i criteri che dovrebbero contraddistinguere il modello nazionale: prioritizzazione, applicativi certificati, integrazione forte con i medici di medicina generale (MMG) e con la rete di emergenza 112-118, che preveda team misti di operatori sanitari e non sanitari, formazione specifica e un'infrastruttura digitale moderna. Un 116117 così strutturato può diventare il grimaldello della riforma territoriale, migliorando qualità, continuità, sostenibilità e soddisfazione dei cittadini.

Indice

- Raccomandazioni della Società Italiana Telemedicina (SIT)

Il numero 116117 è il nuovo centralino sanitario intelligente che opera in ambito europeo per l'assistenza sanitaria non urgente, che dovrà essere attivo nel 2026 su tutto il territorio nazionale italiano 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (24/7). In combinazione con AFT e Case di Comunità, di cui si candida a diventare la porta d'ingresso delle richieste degli utenti, ha la possibilità di rappresentare il grimaldello della riorganizzazione dell'assistenza territoriale italiana, promossa dalla Missione 6 del PNRR.

Se costruito in modo tale da soddisfare i requisiti di seguito indicati, l'116117 rappresenta la base per avviare moderni servizi di telemedicina in modo sistematico, mirando a risultati sul piano del contenimento dei costi e della riduzione della pressione sulle strutture di Pronto Soccorso.

L'obiettivo è rendere i percorsi sanitari più prossimi, coordinati e facilmente accessibili ai cittadini.

La centrale operativa del **116117** deve svolgere **tre funzioni** fondamentali:

- 1) **Orientamento e presa in carico**, con invio ai servizi più idonei.
- 2) **Attivazione delle reti assistenziali e sociosanitarie territoriali**.
- 3) **Triage sanitario da remoto** come porta di accesso alla continuità dell'assistenza offerta da AFT e Case di Comunità in un sistema organico fondato sull'approccio di prossimità.

Il servizio 116117 deve offrire orientamento e attivazione integrata dei percorsi territoriali; quindi, il triage sanitario da remoto dovrà fornire una risposta tempestiva, appropriata e omogenea, ancor più quando tale bisogno finisce altrimenti per affollare inappropriatamente i servizi di PS.

Risulta chiaro che l'efficacia del sistema della continuità delle cure territoriali risulta massima quando il 116117 lavora in combinazione con AFT e Case di Comunità, che rappresentano il contesto territoriale naturale di gestione dei casi clinici filtrati e prioritizzati dal 116117.

Il triage sanitario da remoto – condotto al telefono o, ancora meglio, in video – valuta bisogni clinici a distanza, utilizza protocolli certificati ed indirizza il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, assumendo precise responsabilità medico-legali.

Per questo motivo, la SIT è particolarmente sensibile sull'avvio in modo soddisfacente di un servizio 116117 efficace: esso è il primo incontro del cittadino con la telemedicina diffusa come supporto e modalità di accesso generale ai servizi sanitari.

L'implementazione, in Italia, è eterogenea e parziale.

Parziale perché, essendo le Case di Comunità attive ancora in misura marginale e non essendo stati chiariti i meccanismi di accesso del cittadino alle AFT dei medici di medicina generale, di fatto il 116117, laddove è attivo, è attivo per lo più come modalità di accesso alla continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva e quindi in questi casi ben **lontano dall'obiettivo del funzionamento 24 ore su 24**.

Eterogenea perché i modelli erogativi attualmente adottati dalle Regioni che per prime si sono dotate del servizio, **differiscono per elementi sostanziali e decisivi**: alcune Regioni impiegano operatori non sanitari per il primo contatto con rischi medico legali potenzialmente molto elevati: la presa in carico non prioritizzata implica che i pazienti vengano “serviti in ordine di arrivo”, indipendentemente dalla problematica clinica, determinando un possibile ritardo alla gestione dei casi che necessitino di maggiore rapidità rispetto agli altri. Altre Regioni hanno invece approntato un triage sanitario da remoto operato da una centrale medica: tale modello ha il vantaggio della sicurezza clinica ma gli svantaggi del costo elevato e della “sottoutilizzazione” delle competenze mediche dato che il medico in prima linea si trova a gestire problematiche sociali e sociosanitarie non selezionate e quindi spesso differibili e dilazionabili. L'attuale carenza di personale medico lo rende non solo irrazionale ma impraticabile.

Per questi motivi la SIT intende proporre uno standard unico nazionale, teso a fornire ad istituzioni nazionali e regionali raccomandazioni precise e argomentate su come indirizzare l'organizzazione del servizio offerto ai cittadini italiani e stranieri presenti sul nostro territorio.

I modelli europei più maturi prevedono una forte integrazione con la medicina generale, procedure standardizzate e un elevato livello di digitalizzazione.

In considerazione di questo, SIT raccomanda quanto segue.

Raccomandazioni della Società Italiana Telemedicina (SIT)

Come preannunciato, la SIT ravvisa un insieme articolato di criteri-guida per la costruzione del modello nazionale del servizio 116117, affinché esso non si riduca a un mero call center sanitario, ma si configuri come una vera infrastruttura clinica, organizzativa e digitale della sanità territoriale.

1) La prioritizzazione della domanda è indispensabile per il corretto funzionamento del servizio. Al termine della valutazione è necessario che il quadro sia classificato secondo uno di questi livelli (a ciascuno dei quali corrisponde un “point-of-care”):

- emergenza: valutazione immediata, di pertinenza del 118;
- alta priorità: valutazione rapida, di pertinenza del medico di centrale per un triage di secondo livello o una possibile soluzione da remoto;
- media priorità: valutazione nelle ore successive e comunque in giornata, di pertinenza del medico di AFT o di Casa di Comunità a seconda della necessità di diagnostica di primo livello.
- bassa priorità: valutazione differibile, di pertinenza del medico di curante o della Casa di Comunità
- nessuna priorità: gestione dilazionabile, di pertinenza del medico curante.

2) Le procedure di centrale devono essere standardizzate (sia in termini di strutturazione della consultazione che di “script” utilizzati dagli operatori) ed è imprescindibile l’adozione di sistemi decisionali certificati che assicurino sicurezza, appropriatezza, riproducibilità e omogeneità di risposta.

3) Il 116117 deve essere strettamente integrato con la medicina generale e con la rete 112–118. La centrale deve rappresentare la via di accesso alla continuità dell’assistenza territoriale 24/7. Tramite agende condivise con AFT e Case di Comunità e grazie a slot dedicati in AFT e alla presenza medica continuativa nelle Case di Comunità, verrà garantita una presa in carico rapida e appropriata. Si privilegeranno la prossimità delle AFT, quando possibile, e la disponibilità eventuale di diagnostica di primo livello nella Casa di Comunità, quando utile. La collaborazione con la rete dell’emergenza infine consente il trasferimento istantaneo delle chiamate urgenti dal 116117 al 118 e viceversa dal 118 al 116117 dei casi non urgenti.

4) Il servizio dovrebbe essere gestito da team misti composti da operatori non sanitari e personale medico. Gli operatori non sanitari gestiscono l’accoglienza e il triage di primo livello tramite supporti decisionali certificati; i medici si occupano del triage di secondo livello, della soluzione da remoto quando possibile, dei casi più complessi per i quali attivare percorsi clinici più avanzati. Il personale non sanitario dovrà gestire da solo le problematiche di pertinenza non sanitaria.

5) L’infrastruttura informatica deve essere “moderna”, in grado di supportare l’attività degli operatori in modo snello ed efficiente, strettamente conforme alle procedure di centrale, in grado di rilevare i risultati in termini di KPI, integrata con sistemi di intelligenza artificiale finalizzati al monitoraggio delle performance professionali e al controllo di qualità.

6) Una formazione specifica per il profilo professionale e particolarmente indirizzata ai rispettivi compiti dovrebbe considerarsi obbligatoria e la **certificazione delle competenze di tutte le figure professionali coinvolte** dovrebbe rappresentare un’indispensabile garanzia di qualità e sicurezza.

7) La medicina generale deve rivestire un “ruolo centrale anche in centrale” oltre che sul territorio, garantendo la presa in carico tramite slot dedicati sia in AFT che in Casa della Comunità, condivisi con la centrale. I medici di medicina generale dovrebbero operare:

- in centrale o in disponibilità immediata da remoto come pool dedicati, fornendo triage avanzato e consulenza clinica a supporto costante degli operatori non sanitari
- possibilmente anche nel governo del servizio, mediante funzioni di direzione: il Direttore Medico di Centrale dovrebbe essere una figura sanitaria con competenze cliniche, organizzative e tecnologiche.

8) L’evoluzione del 116117 deve essere strettamente legata allo sviluppo digitale.

L’interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e con le cartelle cliniche dei medici di medicina generale deve consentire l’accesso ai dati clinici aggiornati e l’erogazione in tempo reale di prestazioni di telemedicina “informate” durante il contatto da remoto con il cittadino. Tecnologie di intelligenza artificiale possono supportare triage, comunicazione multilingue e analisi predittive. Sistemi satellitari e droni possono offrire ulteriori opportunità per il raggiungimento di aree isolate e l’invio di dispositivi o materiali sanitari.

L’elenco delinea una visione integrata, nella quale appropriatezza clinica, continuità assistenziale, responsabilità professionale, interoperabilità tecnologica e tutela dei diritti del cittadino concorrono a definire un sistema efficace, sicuro e sostenibile, capace di rispondere in modo ordinato e proporzionato alla domanda di assistenza sanitaria non urgente.

Il servizio 116117, in conclusione, **se strutturato in ogni Regione sulla base di un modello uniforme, in stretta integrazione con la medicina generale, con leadership clinica, strumenti certificati e adeguati percorsi formativi e certificativi, può diventare l’asse portante della riorganizzazione della sanità territoriale, garantendo tempestività, appropriatezza, qualità, equità e sostenibilità, migliorando l’esperienza di cura dei cittadini, la soddisfazione loro e dei medici e riducendo la pressione a cui oggi sono esposte le strutture di Pronto Soccorso, riducendo la spesa indotta relativa.**