

# Il format delle cure primarie: il Territorio della Salute

*L'integrazione assistenziale territoriale in team multiprofessionali e multidisciplinari potrebbe essere il paradigma di riferimento in grado di orientare qualsiasi attività assistenziale e qualsiasi forma organizzativa verso una sostenibilità e una efficacia operativa ed economica nel rispetto dei profili professionali e delle competenze clinico-sanitarie.*

*La riorganizzazione delle cure primarie non può non puntare sui team territoriali: le Case della Salute potrebbero essere lo strumento per favorirne la realizzazione*

**Bruno Agnetti**  
Presidente Regionale SMI  
Emilia Romagna

**Alessandro Chiari**  
Segretario Regionale SMI  
Emilia Romagna

I macrofenomeni bio-psico-sociali riflettendosi sulle modificazioni dei comportamenti collettivi influenzano profondamente i servizi sanitari (evoluzione demografica; tasso di patologie croniche; modificazioni strutturali degli ordinamenti sociali tradizionali come la famiglia; l'inarrestabile sviluppo tecnologico e l'emergere di nuove problematiche bioetiche; i processi di integrazione multi-etnici e/o multiculturali; le conseguenze economiche sulla stabilità delle reti dei servizi e sulla espressione dei bisogni assistenziali e professionali). Nel 1989 D. Harvey ha enunciato il concetto di compressione spazio-temporale come strumento di comprensione delle velocissime modificazioni societarie che coinvolgono anche il contesto socio-sanitario.

## ► Analisi del contesto professionale

Le influenze dei macrofenomeni sulle attività socio-sanitarie producono tempi professionali maggiori, complessi ed intensi; alcune esperienze di associazionismo medico (per esempio Medicine di Gruppo self-made) che non hanno potuto, storicamente, usufruire di strutture o personale pubblico dimostrano attualmente una profonda sofferenza. In questo contesto i modelli piramidali proposti up-down come risolutivi delle problematiche professionali e assisten-

ziali hanno evidenziato un profondo distacco dalla realtà penalizzando il Ssn.

## ► Associazionismo medico territoriale

L'associazionismo medico territoriale ovvero la realizzazione di una aggregazione di medici di medicina generale (Mmg) con la finalità di favorire l'accessibilità al processo di cure degli assistiti è diventato un "soggetto di riferimento" per gli Mmg. L'associazionismo ha rappresentato la modalità organizzativa ed operativa appropriata per poter far fronte alle nuove sfide assistenziali procurata dall'*epidemia della cronicità*. Il rapporto fiduciario e la libera scelta, caratteristiche tuttora distintive della medicina generale, sono stati i pilastri del processo di trasformazione assistenziale attraverso processi decisionali complessi. La condivisione e la motivazione di ogni Mmg rimangono prerequisiti irrinunciabili per realizzare tali associazioni. Un'eventuale ulteriore incremento dell'attività burocratica potrebbe invece rappresentare una pesante criticità se la tecnologia attualmente disponibile non venisse orientata verso criteri di semplicità ed affidabilità. La realizzazione di strutture associative a complessità più avanzata (così dette megastrutture), se non fondata sulla condivisione nella progettazione e nella programmazio-

ne logistica, potrebbe procurare scarsa motivazione partecipativa dei Mmg che potrebbero essere persuasi più da vantaggi incentivanti che da possibili cambiamenti verso nuove ed efficienti modalità operative integrative; l'associazionismo medico (Medicine di Gruppo) inserito all'interno delle megastrutture, se non integrato da altre figure sanitarie, rischia quindi di rispondere più a bisogni di visibilità che a reali necessità assistenziali.

#### ► Soluzione Software

L'esperienza associativa ha evidenziato come le forme associative, definite come Medicine di Gruppo (MdG), rappresentino tuttora una base appropriata per dare risposte coerenti alle necessità emergenti. L'esperienza associativa si è evoluta verso modalità assistenziali in grado di far fronte ai nuovi bisogni assistenziali come quella dell'integrazione multidisciplinare e multi professionale e multisettoriale. L'integrazione assistenziale in *teams* territoriali multiprofessionali e multidisciplinari/settoriali (M&M) rappresenta in questo momento il paradigma di riferimento di qualsiasi attività assistenziale. L'integrazione territoriale strutturata riesce a fornire assistenza personalizzata e può rappresentare una rinnovata sostenibilità *low cost* del Ssn realizzabile da subito come il nucleo intorno a cui costruire le megastrutture territoriali. Per integrazione si intende il coinvolgimento e l'aggregazione di tutti gli attori che si trovano ad operare sulla scena delle Cure Primarie (CP) al fine di poter far fronte alle necessità assistenziali-territoriali in quanto questi

problemi non possono più essere affrontati solamente da un associazionismo monoprofessionale, dai servizi territoriali o dagli ospedali. Con l'integrazione si raggiunge il massimo possibile di appropriatezza in quanto la *team* unisce culture professionali, esperienze, età, ruoli diversi e questo permette di gestire in autonomia l'intero processo del governo clinico con un maggior numero di alternative o di processi di *problem solving* di quelli generati da singoli individui o da aggregazioni monoprofessionali. Nei Team M&M gli apprendimenti (*trial by errors*) comportano prestazioni di qualità e sostegno alla motivazione; l'integrazione permette la condivisione di regole e criteri operativi così come il riconoscimento delle diverse competenze in un gruppo di pari. La condivisione delle responsabilità produce inoltre efficienza all'interno del *team* facilitando il lavoro di gruppo senza che siano necessarie particolari negoziazioni. Una simile modalità organizzativa (*Team M&M*) soprattutto assistenziale può essere realizzata senz'altro all'interno delle megastrutture, diventando addirittura la condizione necessaria. Il modello potrebbe convivere anche con una revisione del compenso: una parte convenzionale, una parte riservata alla produzione dell'assistenza (completamente detraibile) ed una parte affidata alle offerte imprenditoriale/competitiva di libera professione o di start-up organizzate dalle associazioni.

#### ► Soluzione Hardware

In questo caso si ipotizza la necessità di creare reti di megastrutture (per esempio, Case

della Salute CdS) entro le quali vengono inserite le Medicine di Gruppo. Le Case della Salute, in particolare quelle definite "Grandi", si propongono di offrire al territorio di competenza molti dei servizi erogati da una Asl comprese le degenze a bassa complessità ed intensità. In alcuni casi potrebbero essere considerate anche le lungo degenze in relazione a peculiari risorse. La filosofia assistenziale che sostiene la costruzione o l'individuazione delle CdS è quella di facilitare il processo integrativo attraverso una favorevole situazione logistica. Le MdG inserite nelle CdS dovrebbero comunque mantenere, per essere veramente efficaci, le caratteristiche peculiari delle organizzazioni di gruppo. Una mancata considerazione e lo scarso coinvolgimento diretto e prioritario delle pregresse esperienze dell'associazionismo medico, soprattutto quello più sofferto *self-made*, potrebbe portare ad una bassa incidenza assistenziale dell'intero progetto delle megastrutture. Alcuni autori sostengono che la soluzione rappresentata dalle megastrutture possa dimostrare come il numero dei Mmg necessari per offrire una assistenza territoriale adeguata sia inferiore all'ipotizzato anche in considerazione dell'apporto aggiuntivo di altre professionalità o discipline sanitarie (come previsto dal sistema brevettato del *Chronic Care Model*). Tutto ciò però comporterebbe una modifica strutturale delle caratteristiche contrattuali della Medicina Generale (MG) e l'inizio di un processo, verosimilmente, orientato al passaggio a dipendenza dell'intera

## I punti di riferimento

### Elementi culturali

Definizione di Salute contenuta nella Costituzione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità 1948); Dichiarazione di Alma Ata 1978; Carta di Ottawa 1986; Definizione della Medicina Generale/Medicina di Famiglia Wonca Europa 2002; Raccomandazioni dell'European Forum for Primary Care.

### Cascata normativa

Art. 32 della Costituzione Italiana; L.833/1978 stabilisce la nascita del SSN Italiano; L.502/1992 e L.229/1999 realizzazione dell'aziendalizzazione delle USL (Unità Sanitaria Locale) che diventano autonome AUSL (Aziende Unità Sanitarie Locali); ACN (Accordi Collettivi Nazionali/Convenzioni 1981, 1988, 2000; modifica del titolo V° della Costituzione 2001-2003: questa modifica trasforma profondamente il sistema delle relazioni tra stato e regioni, province, comune e autonomie locali in quanto la maggior parte delle competenze del diritto sono affidate agli enti locali; ACN 2009 con relativi AIR (Accordi Integrativi Regionali) e AIL (Accordi Integrativi Locali); ACN 2010 con le conseguenze collegate agli AIR e agli AIL; DL 2012 Decreto Balduzzi e AIR e AIL derivati dal DL stesso; l'atto di indirizzo ministeriale recentemente pubblicato.

### Caratteristiche distintive della Medicina Generale Territoriale

Luogo fisico di primo contatto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); accessibilità illimitata e facilitata; relazione fiduciaria; libera scelta esercitata dagli assistiti; qualità professionale diffusa e omogenea; estrema flessibilità ed adattabilità "pronto uso"; diffusione capillare sul territorio; alto gradimento espresso dagli assistiti; responsabilità nell'uso delle risorse; capacità di integrazione; autorevolezza nel trasferire empowerment ad assistiti e alle loro famiglie; orientamento culturale olistico centrato sulla persona e non sulla malattia; testimonianza diretta di comportamenti di equità e di giustizia; professionista di riferimento per il territorio; il mmg affronta processi decisionali basandosi sulla prevalenza e sull'incidenza delle malattie della comunità; nella MG non esistono storicamente di ruoli gerarchici o piramidali; la MG è una attività professionale assistenziale che utilizza una bassa tecnologia ed una altissima abilità relazionale.

### Beneficità, non maleficità, giustizia, autonomia

Questi imperativi morali di base (*National Commission for the protection of human subjects on biomedical and behavioural research 1974-1978*) forniscono un solido metodo che permette al mmg di affrontare i processi decisionali tipici della medicina generale. Non vuole rappresentare un pacchetto di regole in copyright o coperte da brevetto, non è un diagramma di flusso o un algoritmo precostituito ma una preziosa guida nell'ipotesi si venga a realizzare una differenza tra le convinzioni del medico e dell'assistito oppure quando dovessero sorgere conflitti tra due o più principi etici. In ogni caso i principi etici superano sempre, nella scala morale, i criteri e le normative organizzative

area della MG. Il processo nel suo complesso potrebbe forse garantire un significativo risparmio.

### ► Il Territorio della Salute (TdS)

Se andiamo a ipotizzare una progettazione territoriale, supportata da una rete ospedaliera assistenziale per acuti (organizzata secondo i criteri di Hub and Spoke e di Alta Intensità di cure), organizzata mediante una rete delle Case della Salute (che possa incorporare anche letti a bassa intensità di cure e che comprenda anche la Continuità Assistenziale e il fondamentale contributo della Specialistica Ambulatoriale, nonché la necessaria dotazione strumentale) affiancata da una serie di strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e residenziale, appare evidente, agli autori, che la soluzione auspicabile possa essere quella della combinazione delle due soluzioni proposte (HW- SW) all'interno di un *format* (sistema operativo) che possa essere rappresentato da un contenitore (*hardware*) che necessita nello stesso tempo di una programma assistenziale (*software*) costruito su criteri prettamente assistenziali frutto della reale attività erogata. Tali indicatori potrebbero risultare molto più precisi di qualsiasi altra misurazione di *performance* o di budget perché basati sul concreto ritorno al cittadino in termini di resa assistenziale personalizzata tale da poter raffigurare un ipotetica assistenza *aftermarket* basata non più solamente su una generica alleanza terapeutica, ma piuttosto su un vero patto di garanzia terapeutica.