

# Territorio della Salute, aspetti organizzativi e scenari futuri

*Considerazioni su un possibile futuro scenario delle Cure primarie. Una vision che prende forma partendo da quanto indicato dall'Atto d'Indirizzo, dalla bozza contrattuale Sisac e da proiezioni di economia socio-sanitaria*

**Alessandro Chiari**  
 Responsabile del CSPS - Centro Studi Programmazione Sanitaria e Segretario Regionale Smi-Emilia Romagna

**S**e andiamo a ipotizzare una progettazione territoriale per aree vaste, supportata da una rete ospedaliera assistenziale per acuti (strutturata secondo un architettura *Hub and Spoke* e criteri di Alta Intensità di cure), la dobbiamo pensare basata su una rete delle Case della Salute (CdS).

Rete a cui si affiancano una serie di strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e residenziale, dove la Continuità Assistenziale ne sia al servizio con il compito di operare sulle urgenze di bassa intensità affiancandosi all'Emergenza Territoriale e PS (che rimangono le strutture idonee all'urgenza di alta intensità).

## ► Le Case della Salute: la dorsale territoriale

Le CdS potrebbero diventare il presidio fondamentale del territorio ed essere organizzate secondo un criterio di offerta assistenziale, differenziandole (come nel modello Emiliano) in base ad una crescente complessità strutturale, nel senso dell'offerta di servizi socio-sanitari in grado di erogare. Le piccole e le medie possono essere edificate attorno ad una (o più) medicine di gruppo. Invece, per non creare squilibri tra medici e pazienti e per preservare le caratteristiche dei criteri essenziali ed ubiquitari di assistenza sanitaria, la CdS "grande" dovrebbe poter offrire tutti i servizi socio sanitari integrati essendo il riferimento di un bacino di utenza

(Ncp/Aft) e non dovrebbe incorporare una medicina di gruppo, ma prevedere piuttosto, in essa, una turnazione di tutti gli Mmg afferenti territorialmente a tale struttura senza un nucleo di Mmg prefissato.

## ► Differenti modelli territoriali

In ogni caso è chiaro che tutto ciò può valere per le aree urbane mentre bisognerebbe che rimanesse affiancato, al sistema delle CdS, un minimo complesso di ambulatori di medicina generale territoriale organizzata (per mantenere il presidio territoriale ubiquitario), ma secondo un modello a raggiera che comunque graviti intorno ad una CdS (una sorta di sistema ibrido adatto a zone extra urbane ed in particolar modo nelle zone montane). In questo sistema organizzativo potremmo ipotizzare quattro differenti livelli: *urban*, *suburban*, *country* e *mountain*. Su questi quattro livelli bisognerebbe anche modellare il servizio di Continuità Assistenziale che potrebbe operare secondo modalità diverse a seconda del contesto territoriale in cui si trovasse dislocato.

## ► Letti a bassa intensità

La CdS-grande è quindi idonea, non solo a contenere la sede e soprattutto gli ambulatori della CA, ma anche ad incorporare letti a bassa intensità di cure, una farmacia ed un minimo locale dedicato

all'emergenza (PS-Fast). Sarebbe poi irrinunciabile il fondamentale contributo della Pediatria e della Specialistica Ambulatoriale, nonché la necessaria dotazione strumentale e di risorse e personale Infermieristico.

Le Cds inoltre dovrebbero essere strutture fortemente quartierizzate e, conseguentemente, anche il bacino di utenza dovrebbe essere assolutamente quartierizzato: pertanto ipotizzando il *ruolo di accesso unico* alla convenzione, con un'unica zona carente, tra CA e Mmg, non dovrebbe essere possibile un'acquisizione assistenziale di cittadini extra tale territorio. Il ruolo unico comporterebbe anche una graduale riduzione delle ore di CA in relazione all'aumento delle scelte come Mmg, strutturando un limite a 800/1.000 assistiti con un massimale Mmg fissato a 1.500.

### ► Il General Hospital

Le CdS gestite dai medici di medicina generale potrebbero realizzare un vero e proprio *General Hospital* (GPH). In questa configurazione organizzativa, il medico potrebbe gestire la lungodegenza, assistendo direttamente il proprio paziente, avvalendosi delle caratteristiche diagnostico - clinico - riabilitative di tali strutture in collaborazione con i colleghi ospedalieri, integrando nel proprio bagaglio operativo, *day hospital* ed altre modalità operative come quei sistemi di analisi, gestione ed indirizzo, una volta complessi, ma ora alla portata anche del generalista, quali l'audit clinico e percorsi diagnostico terapeutici, e quant'altro (carte dei servizi, protocolli di accoglienza, carte dei valori). È chiaro che anche la CA erediterebbe queste nuove complessità e

necessiterebbe di essere appositamente formata per adeguarne la professionalità.

### ► Format e setting operativo

Quindi il *format* (sistema operativo) potrebbe essere rappresentato da un contenitore *hardware* (CdS) che necessita nello stesso tempo di una programma prestazionale (*software*) costruito su criteri prettamente assistenziali frutto della reale attività erogata. Solo in questo modo l'ambulatorio del generalista potrebbe diventare realmente un punto strategico nella gestione del territorio che potremmo raffigurare come un vero e proprio presidio, il luogo in cui il medico diventa, di fatto, il punto focale di un sistema di servizi socio - sanitari - educativi e dove sia possibile usufruire anche di tutto ciò che la moderna tecnologia può mettere a disposizione: un polo territoriale in cui il medico può tutelare la salute stessa del cittadino, esercitando anche la prevenzione e l'educazione alla salute, collaborando non solo con i Comuni, ma con gli organismi scollastici. Il passaggio quindi dalle strutture mono - professionali (medicines di gruppo) alle strutture multidisciplinari, ed infine, multi professionali e multi settoriali si attuebbe quindi nel *Sistema Rete delle CdS*.

### ► Criticità delle CdS

Realizzando questo sistema territoriale si potrebbe assistere all'indebolimento del peculiare rapporto medico-paziente in ragione di un rapporto rafforzato medico-struttura. Il deterioramento del rapporto comporta una diversa tutela del rapporto tra il medico e il cittadino.

Questa criticità è comunque figlia del decreto Balduzzi e dei suoi caratteri strutturali.

### ► Il Controllo di Qualità

Infine il *controllo di qualità* inteso come esigenza dell'eccellenza e della trasparenza delle prestazioni erogate: dovrebbe essere esercitato e richiesto anche sul territorio e le convenzioni solamente concesse a termine e sottoposte al controllo dell'appropriatezza e ad una revisione periodica al fine di garantire la necessaria qualità assistenziale al cittadino attraverso la continua verifica dei medici e delle strutture. 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 basata non più su una generica alleanza terapeutica ma, secondo metodologie di *after market*: una sorta di *garanzia terapeutica* al paziente come concetto evolutivo anche della medicina d'iniziativa. Tutto ciò però comporterebbe, addirittura, una modifica strutturale delle caratteristiche contrattuali della medicina generale e l'inizio di un processo, da realizzarsi secondo tappe progressive, con l'obiettivo di un *contratto unico*, verosimilmente, orientato al passaggio a dipendenza dell'intera area della medicina convenzionata.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Alessandro Chiari