

Per riformare la Continuità Assistenziale l'H16 non è l'unica possibilità

Pensando e ragionando, in base all'esperienza sul campo, si possano ipotizzare variabili della Continuità Assistenziale che comunque abbiano una razionalità molto più efficace dell'H16 che di fatto è espressione di una stortura organizzativa nata da una copia scadente delle opzioni "out of hours" che altri sistemi sanitari hanno già da tempo abortito

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari Regionali

Dal momento in cui è stato annunciato dal Segretario del più rappresentativo sindacato della medicina generale al TG1 della sera, nella fascia oraria di massimo *share* per le notizie, che avremmo imboccato la strada di un'epocale riforma della medicina generale che avrebbe cambiato per sempre il volto della sanità italiana, abbiamo assistito ad un teatrino veramente sconcertante di annunci e contro-annunci e di paternità prima esibite e poi negate. Il finale della "bozza fantasma" è stato qualcosa di fantozziano se non avesse contenuti tragici perché malgrado le reiterate rassicurazioni, la prima vittima dell'H16 è la Continuità Assistenziale.

► La continuità dell'assistenza

La continuità dell'assistenza è un concetto fondamentale nell'ambito dell'offerta sanitaria: è un'organizzazione funzionale, basata anche su una modalità assistenzialmente erogativa generale del sistema, che diventa, in pratica, quello strumento operativo che consente al cittadino di avere una garanzia as-

sistenziale ovunque si trovi (ospedale e territorio) nell'arco delle 24 ore e durante tutta la settimana. Aldilà dei delicatissimi, ma soprattutto ancora perfezionabili, passaggi di presa in carico assistenziale tra ospedale e territorio, una parte importantissima in termini di assistenza e tempo, in questo compito di garanzia, viene occupato dalla Continuità Assistenziale (ex guardia medica), che in realtà dovrebbe quindi assicurare al cittadino quella stessa assistenza notturna e festiva che viene erogata dai medici di famiglia durante le 12 ore diurne feriali.

► Uno schema consolidato

In verità la Continuità Assistenziale sta ancora lavorando (ed è il suo genoma storico) prettamente nell'ambito delle prestazioni urgenti indifferibili piuttosto che sulla continuità reale dell'assistenza. A vari livelli locali sono state attivate forme ambulatoriali di sostegno da parte della ex guardia medica, peraltro riferite a fasce orarie ben determinate nei giorni festivi e molto più limitate in quelli feriali. In base

alle nostre esperienze sindacali, organizzative e lavorative, sarebbe quantomeno interessante, per proporre qualcosa di veramente innovativo ed efficace, ribaltare il target operativo della continuità assistenziale rendendolo sempre più omogeneo a quello della medicina generale invece di pensare a improbabili storture interpretative di sistemi sanitari estranei alla nostra cultura assistenziale ed organizzativa.

► Assistenza ambulatoriale notturna

Obiettivo della continuità assistenziale potrebbe diventare quindi un'interrotta attività ambulatoriale durante le attuali orari di competenza, dove la visita domiciliare (l'urgenza) diventa, l'eccezione data dalla prestazione indifferibile come durante il giorno lo è per i medici di medicina generale. Solamente in un tale contesto l'assistenza erogata dai medici di continuità assistenziale diverrebbe paragonabile a quanto offerto dai medici di famiglia. Per una simile strutturazione nella ex guardia c'è bisogno di

dover ipotizzare due diverse figure operative: l'ambulatoriale e il domiciliare, in modo da non lasciare mai sguarnito il presidio territoriale. Anche le sedi potrebbero essere diverse. La sede ambulatoriale potrebbe essere una Uccp, ove possibile, oppure nelle città suddivise per quartiere potrebbe essere ubicata in apposite strutture di proprietà dell'Asl o del Comune. Ai medici che turnano in ambulatorio e che lavorano in determinati presidi verrebbero affiancati colleghi deputati alle prestazioni domiciliari indifferibili che potrebbero essere attivati dagli ambulatoriali oppure da un'unica struttura di *triage* comune, eventualmente anche dal Pronto Soccorso dell'ospedale territoriale di riferimento.

Questa ipotesi, diametralmente opposta alla confusionaria soluzione H16, potrebbe creare una sintesi tra tutte quelle esperienze avanzate di assistenza in grado di poter dare una risposta soddisfacente alla popolazione, che finalmente avrebbe un servizio H24 appropriato e reale in ottemperanza a quanto dettato dalla legge Balduzzi. In questo modo si possono creare interventi assistenziali integrati con gli altri operatori, soprattutto per figure fragili, col pieno supporto dell'informatizzazione delle sedi e quindi della condivisione delle informazioni sanitarie. Si dovrebbe realizzare un sistema di consegne reciproche tra medici di famiglia e medici della Continuità Assistenziale che diventa garanzia della presa in carico del paziente. Infine si potrebbe ipotizzare la possibilità sperimentale, ora negata dalla vigente normativa, per la CA di prenotare prestazioni diagnostiche ed esami nell'ambito dell'informatizzazione integrata regionale. A conti

fatti, il ritorno dato dal guadagno di immagine e dalla reale qualità di assistenza e l'investimento, in termini di budget e spesa reale, sono assolutamente realizzabili.

► La cultura del confronto

Certamente tutto questo comporterebbe un lavoro culturalmente importante dal punto di vista dell'educazione sanitaria della popolazione che dovrebbe imparare ad usufruire della migliore assistenza offerta senza tuttavia approfittarne, ma anche degli stessi operatori cioè dei medici di CA e dei medici di medicina generale che dovrebbero rafforzare la loro professionalità. Non dimentichiamo che in questi anni ci sono stati profondi mutamenti che hanno cambiato il volto della medicina in generale e della medicina di primo livello, in particolare. La relazione di cura si è trasformata in un insieme di relazioni di coppia, di gruppo e di rete, più complesse e più impegnative sia in termini professionali sia per il loro costo emotivo. Lavorare in *team* significa affrontare ogni giorno il confronto con i colleghi e spesso ci imbattiamo in situazioni conflittuali di carattere personale, ma più spesso generali che attonano all'organizzazione del lavoro. Il disagio lavorativo che tali situazioni generano si ripercuote quasi sempre su tutti gli altri operatori e può diventare comune, quindi di *team* e di apparato. Ricordiamo che l'efficienza di una struttura viene assicurata e mantenuta attraverso un continuo processo risultante dall'efficacia del prodotto operativo di ogni singolo lavoratore. Potremmo quindi sostenere che la qualità è data da una filiera di elementi in cui quello fonda-

mentale umano (il medico e gli altri operatori) fa parte di una vera e propria successione di anelli dove il metanero debole compromette il risultato e la stabilità dell'intero sistema. In poche parole basta che un solo componente non riesca ad assicurare il suo livello minimo di standard qualitativo, predefinito dal suo compito specifico, che tutta la struttura ne risente perdendo anch'essa il livello produttivo ottimale. E quanto più l'operatore inserito in un *team* accusa una criticità operativa tanto più la struttura ne risente in una reazione a catena che coinvolge l'intero *team* creando, da una difficoltà individuale, un disagio di gruppo. Se si vuole la qualità, cercando di assicurare livelli ottimali ed uniformi di assistenza, questa qualità deve essere raggiunta dal basso ed appartenere a tutti i medici piuttosto che essere un capitale di pochi eletti. Anche la formazione e la cultura della qualità sono importanti accessori che non possiamo escludere dal processo.

► Controcorrente

Pensando e ragionando in base all'esperienza si possano ipotizzare variabili della Continuità Assistenziale che comunque abbiano una razionalità molto più efficace dell'H16 che, mi piace ripetere, è espressione di una stortura organizzativa nata da una copia scadente delle opzioni *out of hours* che altri sistemi sanitari hanno già da tempo abortito: ma si sa che una serie di creativi esiste da sempre nella nostra sanità e come questi, pur di cercare di inventarsi qualcosa di nuovo, siano capaci di distruggere anche i sistemi efficaci.