Proposta per una organizzazione efficace della continuità assistenziale

Basterebbe un'attenta revisione della localizzazione delle sedi territoriali, una formazione mirata e la stabilizzazione degli organici per rendere la Continuità Assistenziale uno strumento più performante e capace di farsi carico di obiettivi assistenziali molto più complessi di quelli che aveva nel passato e che con la riforma della sanità territoriale ha ereditato dalla Medicina Generale

Alessandro Chiari
Segretario Regionale Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari Regionali

L'ora zero di un'epocale riforma della Medicina Generale che avrebbe cambiato per sempre il volto della sanità italiana, malgrado le promesse, non è ancora scoccata. Anzi, a dire il vero, non è ancora svanito del tutto il timore di dover subire una piattaforma contrattuale che potrebbe cancellare 40 anni di storia dell'assistenza italiana, annullando sia il concetto di guardia medica sia quello di continuità assistenziale (CA). Tutto questo è stato per ora bloccato grazie ad una mobilitazione eccezionale che ci ha mostrato come i cittadini, soprattutto quelli che sono ubicati in zone lontane dai Pronto Soccorso, consideri la CA come una risorsa assistenziale irrinunciabile. Inoltre rammento che al momento l'H16 non è normativamente percorribile a partire dalla Balduzzi che indica chiaramente l'H24 come dogma del sistema assistenziale territoriale. In realtà la struttura della Continuità Assistenziale, così come la intendiamo con la sua semplicità costruttiva, che è poi alla base della sua funzionalità, soddisfa tuttora ampiamente gli scopi per cui è stata creata, ed anzi, appare l'unico strumento per poter realizzare efficacemente un'assistenza integrata e multi professionale H24.

Le urgenze a bassa intensità

Partendo da analisi quantitative, ed ignorando qualsiasi valutazione qualitativa e gli adeguati indicatori di *performance*, si è cercato di reinventarsi il concetto europeo di urgenza a bassa intensità per cui si è ipotizzato che sulle urgenze ad alta/media intensità dovrebbe attivarsi il PS ed il sistema dell'emergenza territoriale. Chiaramente il carico di lavoro che si riverserebbe sul Pronto Soccorso e sull'emergenza territoriale sarebbe assolutamente letale. Anche dal punto di vista dei costi, chi parla di potenziare PS e 118 non tiene conto che sarebbe molto più semplice e meno costoso tenersi ed ottimizzare il servizio di Continuità Assistenziale. Anche la soluzione eventuale dell'Auto infermieristica in appoggio alla medica non sarebbe assolutamente meno costosa, ma più dispendiosa, tenendo conto tra l'altro che si usufruirebbe di una figura, che per quanto preparata possa essere, non potrà mai sostituire la *performance* di un medico. Inoltre il sistema non potrebbe comunque permettersi di risolvere proprio quelle urgenze di bassa intensità che ora vengono risolte dalla CA. Ne consegue che a farvi fronte sarà il Mmg che se le ritroverebbe al mattino come accadeva prima della creazione del servizio della CA. Anziani, bambini, malati cronici e tutte quelle altre varietà di pazienti, le cui richieste sanitarie venivano risolte dal Servizio di Continuità Assistenziale, sarebbero prima di tutto privati di una risposta immediata che sarebbe invece dilazionata nel tempo, rischiando un aggravamento ed una serie di risposte non adeguate perché tardive. Non dimentichiamo che un sistema di emergenza/urgenza deve essere in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi, ubiquitari, equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi; la qualità dell'assistenza assicurata deve essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e

quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

H16 differenziata/zonale

Ammesso che si possa fare un H16, ovvero che venga redatto un impianto normativo che la sostenga, propongo una simulazione di come potrebbe essere organizzata in un modo razionale: in realtà i progetti intelligenti non vanno mai a stravolgere un sistema, ma lo affinano, lo ottimizzano, lo migliorano anche perché basterebbe un'attenta revisione della localizzazione delle sedi territoriali, una formazione mirata e la stabilizzazione degli organici a rendere la CA uno strumento molto più performante. Secondo la mia esperienza una soluzione H16 sperimentale potrebbe essere tentata solamente in un contesto cittadino dove la distanza abitativa dal Pronto Soccorso di riferimento fosse quantomeno ridotta. Occorre poi un'altra condizione favorevole, ovvero che le prestazioni fornite dal PS e dalla CA siano, in tale contesto territoriale, statisticamente e numericamente equivalenti. Inoltre la CA dovrebbe assicurare comunque almeno 8 ore per essere efficace e quindi potremmo pensare ad un orario di lavoro che si estenda dalle 16.00 pomeridiane fino alle ore 24.00. Questo servizio potrebbe quindi affiancare, nelle giornate feriali, nelle prime 4 ore il medico di medicina generale nelle CDS/Utap nelle prestazioni ambulatoriali ed urgenti e nelle seconde 4 ore interessarsi del servizio ambulatoriale H16 per assicurarlo fino alle 24.00. È chiaro che comunque c'è bisogno di un medico che assicuri assieme ad una figura infermieristica territoriale la prestazione affiancato da un altro collega che si occupa delle prestazioni domiciliari in ambito di continuità dell'assistenza. C'è quindi la necessità di avere due diverse figure operative nella ex guardia: una che si occupi dell'assistenza ambulatoriale e l'altra di quella domiciliare, per non lasciare mai sguarnito il presidio. A questo punto, assicurato un imponente filtro serale/pre notturno potrebbe anche starci l'ipotesi che dalle 24 alle 8 sia attivo solamente il servizio di emergenza territoriale in appoggio al Pronto Soccorso. 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'estensione territoriale di una prestazione indifferibile come durante il giorno lo è per i medici di medicina generale. Solamente in un tale contesto l'assistenza della Continuità Assistenziale diverrebbe paragonabile a quanto offerto dai medici di famiglia. In questo modo si possono creare interventi assistenziali integrati con gli altri operatori soprattutto sulle 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 Mmg e Medico di CA che diventa garanzia assistenziale e terapeutica del paziente.

Fuori dalla Città

In questo caso, ovvero fuori dal contesto cittadino, non dovrebbe proprio essere cambiato nulla garantendo il servizio di CA nei territori suburbani, nelle campagne e nei territori montani. Certamente tutto questo comporterebbe un lavoro organizzativo importante an-

che dal punto di vista dell'educazione sanitaria della popolazione che dovrebbe imparare ad usufruire della migliore assistenza offerta senza tuttavia approfittarne; gli stessi operatori di CA ed Mmg dovrebbero rafforzare la loro collaborazione. In questo modo inoltre non si perderebbero le figure professionali che lavorano per la continuità assistenziale in antitesi con quanto ipotizzato dal progetto H16 originale che lascerebbe a casa almeno i 2/3 degli organici.

Compiti sempre più complessi

Certo la Continuità Assistenziale, attualmente, eredita dalla Medicina Generale obiettivi assistenziali molto più complessi di quelli che aveva nel passato: oltre che al potenziamento dell'attività ambulatoriale bisognerebbe intervenire sulla presa in carico territoriale, sulle figure critiche e fragili, domiciliari, sui pazienti palliativizzati e terminali, sui piccoli pazienti pediatrici che la CA deve essere in grado di gestire efficacemente. Per questo motivo la partecipazione della dei Medici di CA ai *team* territoriali è fondamentale non solo per fornire quella qualità assistenziale data dalla multi professionalità, ma per il contributo che la CA dà nell'assicurare proprio la continuità dell'assistenza nell'arco delle 24 ore.