

La ricetta del Sumai per il rilancio dell'assistenza territoriale

Il Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani nel 50° Congresso, svoltosi di recente a Salerno, ha delineato una nuova presa in carico del paziente sul territorio attraverso l'attuazione di vere équipes territoriali con tutti gli attori che vi operano, ognuno con pari dignità e specificità, ricoprendo il proprio ruolo

Puntare su una vera riorganizzazione del territorio avendo come riferimento il Piano Nazionale delle Cronicità, valorizzando tutte le figure professionali che vi operano. È questo in sintesi l'obiettivo della proposta del Sumai- Assoprof, delineata dal segretario generale **Antonio Magi** durante lo svolgimento del 50° Congresso Nazionale, svoltosi di recente a Salerno. La novità è rappresentata dal fatto che il Sumai suggerisce di prendere in carico il paziente sul territorio, anche in fase acuta, nel caso di un previsto ricovero entro le 24 ore prima dell'ammissione alla degenza e poi, in ospedale, dallo specialista e l'infermiere ospedaliero. Elemento imprescindibile: l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali per la fase post-acuta.

"La foto di gruppo del Ssn, delle cure sempre meno sotto l'ombrello dello Stato - ha sottolineato Magi nella sua relazione congressuale - ci consegna un sistema che rischia di lacerarsi. Con sperequazioni sempre più evidenti e pericolose. Adesso addirittura c'è chi vuole convincerci del fatto che i cittadini che spendono per l'assistenza sanitaria di tasca propria (solo chi può) siano una grande opportunità per il Ssn. Il rischio è che si ritorni a 37 anni fa

con un sistema mutualistico e con i fondi sanitari integrativi voluti fortemente e sponsorizzati da alcuni gruppi economici."

► La presa in carico

"La nostra proposta per il rilancio del territorio - evidenzia Magi - è la seguente: che il paziente venga preso in carico sul territorio anche in fase acuta nel caso di un previsto ricovero (dove viene precocemente valutato da una équipe composta dal Mmg, dallo specialista ambulatoriale e dall'infermiere) entro le 24 ore prima dell'ammissione alla degenza e poi in ospedale dallo specialista e l'infermiere ospedaliero, che lo prenderanno successivamente in carico per identificarne il possibile fabbisogno assistenziale nella fase post-acuta di dimissione".

► **Piano di Assistenza Individuale.** Al termine della valutazione si procede alla definizione del PAI. Elemento imprescindibile per la riuscita del processo è l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali per la fase post-acuta di carattere domiciliare (ADI), in strutture residenziali o semiresidenziali e di Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO). Il tutto va concordato con l'Azienda Territoriale.

► **PDTA strumento di governance.** "Per facilitare i percorsi assistenziali di integrazione ospedale-territorio - ha aggiunto Magi - bisogna sfruttare le tecnologie informatiche a disposizione per effettuare il monitoraggio e le conseguenti valutazioni clinico assistenziali dei pazienti con la realizzazione di un network di telecomunicazioni che vede coinvolti paziente, Mmg territoriale e ospedale. In questo modo l'assistenza territoriale costituisce un sistema che integra, con i PDTA, gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale convenzionata interna, sia territoriale sia ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della collettività (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni 'globali' e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi caregiver di riferimento. Inoltre il PDTA si può considerare uno strumento di *governance*, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multi-centricità e il valore dei contributi di ognuno".