

L'inserimento della Continuità Assistenziale nel progetto h24

L'intuizione di ripensare la vecchia Guardia Medica come Continuità Assistenziale, ovvero come quella struttura che avrebbe dovuto assicurare la continuità dell'assistenza anche quando il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta non fossero disponibili, si presentava come un progetto geniale nella sua semplicità ed efficacia. Alla luce degli attuali modelli di assistenza territoriale, il vecchio progetto potrebbe migliorare in efficacia ed efficienza.

Alessandro Chiari
Segretario SMI Emilia Romagna

Se pensiamo a un livello di assistenza essenziale nel segmento dell'urgenza, che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'h24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente e che formi una rete di reali presidi territoriali. Ma i livelli assistenziali essenziali abbisognano di altre due specifiche perché siano resi efficaci: devono essere uniformi e ubiquitari; in poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con uguali 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.

► Organizzazione territoriale

Se vogliamo progettare un sistema territoriale dobbiamo innanzitutto creare una dorsale ospedaliera organizzata in un sistema di reti ospedaliere tipo *hub and spoke* dove dobbiamo individuare un ospedale della rete che deve essere il riferimento centrale ad alta specializzazione e in generale il luogo di cura per i casi acuti. A questo punto potremmo pensare a un'organizzazione assistenziale divisa funzionalmente in quattro grandi gruppi integrati a livello operativo:

1. Servizi territoriali: sanità pubbli-

ca, cure primarie, salute mentale.

- 2.** Cure intermedie: non autosufficienti o assistenza domiciliare o residenziale.
- 3.** Servizi a sostegno della comunità: terzo settore associazioni e *caregivers*.
- 4.** Cure Ospedaliere: problemi sanitari acuti.

► Integrazione globale

Passiamo però ora a esaminare il settore che ci interessa: le cure primarie. Organizziamo quindi medici di medicina generale in strutture che chiameremo Case della Salute (CdS) che superino l'organizzazione monoprofessionale e monodisciplinare della medicina di gruppo e che quindi esprimano un apporto multidisciplinare con l'ingresso dei Pls e delle figure Specialistiche territoriali e ospedaliere. A questo punto rendiamo la struttura multi professionale aggiungendo le altre professionalità sanitarie con la possibilità di poter usufruire di posti letto territoriali assistenziali, *day hospital and surgery*, e con potenzialità riabilitativa presso quelle strutture che permetteranno per ubicazione e architettura questo livello di complessità superiore e che daranno vita al capitolo delle dimissioni territoriali. Quindi non manca che inserire il segmento assistenziale sociale e raggiungiamo il traguardo della multisettorialità operativa e funzionale per cui

potremmo veramente dire che le CdS diventano, o meglio la rete delle CdS, diventi il centro della risposta territoriale ai bisogni del cittadino.

► Inserimento della CA nel team assistenziale

Il ruolo che viene a giocare la CA in questo sistema diventa fondamentale per assicurare l'h24 sul territorio: ribaltando il concetto, per una vera h24, il ruolo primario della CA, in contrapposizione alla Guardia Medica che aveva *in primis* il target domiciliare, deve essere quello di assicurare l'urgenza ambulatoriale in analogia con quanto succede nella medicina generale, senza rinunciare tuttavia a interventi domiciliari che, più che sull'urgenza, dovremmo orientare alla complessità. In questo modo si può pensare di dare una reale organizzazione operativa all'h24. Il cittadino trova sempre l'ambulatorio della sua CdS aperto anche nelle ore in cui il suo medico di fiducia non può essere presente. Dobbiamo poi dotare il presidio degli MCA di una figura infermieristica nuova: l'infermiera di CA altamente specializzata nella risoluzione, in collaborazione con il MCA, di medicazioni e interventi clinici a bassa intensità. Per creare dei team multi professionali e per dare dei riferimenti ai pazienti è anche necessario stanziare il più possibile il MCA in una determinata sede anche al fine di seguire con più continuità i cittadini afferenti a quel determinato territorio. La CA deve comunque essere organizzata come una rete territoriale che gravita in un determinato territorio al servizio di una rete di CdS. Ma attenzione: seppure possa essere

vero che la dislocazione della CA nelle CdS (o come supporto ambulatoriale PPI al PS nei Codici Bianchi), possa sembrare altamente razionale nelle aree urbane e sub urbane, è d'altro canto necessario non rinunciare a quella peculiare capillarità territoriale, che la CA riesce a garantire, sguarnendo il territorio da punti di guardia che spesso rappresentano, in alcune zone, l'unico presidio o avamposto sanitario. Sarebbe quindi funzionale al sistema mantenere una certa elasticità progettuale diversificando l'organizzazione a seconda che si abbia a operare in contesti megarbani o sub urbani, oppure in campagna, ma soprattutto dove il servizio oltre che essenziale diventa indispensabile: nelle aree periferiche e montane.

► Presa in carico territoriale

La CA, eredita, in questo modo, obiettivi assistenziali molto più complessi di quelli che aveva nel passato: oltre che al potenziamento dell'attività ambulatoriale bisogna intervenire sulla presa in carico territoriale, sulle figure critiche e fragili, domiciliari, sui pazienti palliativizzati e terminali, sui piccoli pazienti pediatrici; tutti questi possono essere gestiti efficacemente dalla CA. I contenuti del servizio, alla luce della maggiore professionalità e complessità richiesta, devono essere adeguati mettendo il MCA nelle condizioni di lavorare in condizioni regolate da parametri di sicurezza, integrazione e adeguata formazione. Se vogliamo avere una C.A. efficiente diventa fondamentale la formazione degli operatori, sia quella rivolta sotto forma di *coaching* per far apprendere l'organizzazione del

servizio ai neoassunti, inteso anche come conoscenza delle criticità e opportunità offerte dalle strutture sanitarie in un determinato distretto, sia come conoscenza clinica delle patologie riscontrabili nell'attività di continuità assistenziale. Indispensabile è il ruolo dell'informatizzazione. Bisogna informatizzare la CA con un programma unico regionale accessibile da qualsiasi computer, *tablet* o *smartphone* (*web applications*), che non solo consenta di gestire il registro, di ma di accedere al *Patient Summary* e a tutte le informazioni laboratoristiche, diagnostiche e terapeutiche del cittadino. In realtà la struttura progettuale della Continuità Assistenziale, così come la intendiamo (ovvero quel segmento assistenziale deputato a intervenire sulle urgenze indifferibili, in quegli orari in cui il medico o il pediatra di famiglia non sono disponibili), pur nella sua semplicità costruttiva, che è poi alla base della sua funzionalità, soddisfa ancora ampiamente gli scopi per cui è stata creata, e anzi, appare tuttora, l'unico strumento per poter realizzare efficacemente un'assistenza h24 integrata ed efficace. Inoltre tutto ciò è anche alla base di una vera integrazione territoriale con gli altri Colleghi e le altre figure professionali sanitarie e sociali che operano sul territorio e che hanno visto aumentare quella stessa complessità operativa che viene gestita anche dai MCA. La partecipazione della C.A. 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.