

## La continuità dell'assistenza sul territorio

**Alessandro Chiari**

Segretario regionale SMI e responsabile  
Centro Studi Programmazione  
Sanitaria dell'Emilia Romagna  
Responsabile aziendale Asl RE, area di CA

*Per poter costruire un progetto seriamente innovativo ed efficace, atto a rinnovare realmente la Continuità Assistenziale (CA) nelle sue forme e nei suoi contenuti, è necessario ribaltare il target operativo della CA, rendendolo omogeneo a quello della medicina generale, in modo da rispondere adeguatamente alla domanda di assistenza esplicita dai cittadini*

La continuità assistenziale (ex guardia medica) deve essere rinnovata nelle sue forme e nei suoi contenuti. Il CSPA (Centro Studi Programmazione Sanitaria) dello SMI Emilia-Romagna sta operando sull'individuazione di quei fattori organizzativi e culturali che limitano la realizzazione di quei progetti che puntano alla qualità dell'assistenza territoriale. Il progetto che viene proposto non è il frutto di una visione sindacale del problema, ma una sorta di studio di fattibilità regionale, realizzato da un gruppo di lavoro che vuole offrire uno spunto di riflessione al di là delle posizioni sindacali ufficiali e di appartenenza.

### Il razionale

La continuità dell'assistenza è un concetto fondamentale nell'ambito dell'offerta sanitaria: è un'organizzazione funzionale generale del sistema che diventa, in pratica, quello strumento operativo che consente al cittadino di avere una garanzia assistenziale ovunque si trovi (ospedale e territorio) nell'arco delle 24 ore e durante tutta la settimana. Aldilà dei delicatissimi, ma soprattutto perfezionabili, passaggi di presa in carico assistenziale, una parte importantissima in termini di assistenza e tempo, in questo compito di garanzia, viene occupato dalla Continuità Assistenziale (CA), che in realtà dovrebbe assicurare al cittadino quella stessa assistenza notturna e festiva che viene erogata dai medici di famiglia durante le 12 ore diurne feriali. In verità, come anche illu-

strato da M.D. (2008; 32: 6-8) la Continuità Assistenziale sta ancora lavorando (ed è il suo genoma storico) prettamente alle prestazioni urgenti indifferibili piuttosto che sulla continuità reale dell'assistenza. Solamente in qualche contratto regionale e locale sono state attivate forme ambulatoriali di sostegno da parte della ex guardia medica, peraltro riferite a fasce orarie ben determinate nei festivi e molto più limitate nei feriali.

### Ribaltare il target operativo

In base alle nostre esperienze sindacali, organizzative e lavorative, sarebbe necessario, o quantomeno interessante, per proporre qualcosa di veramente innovativo ed efficace, ribaltare il target operativo della continuità assistenziale rendendolo omogeneo a quello della medicina generale. Obiettivo della continuità assistenziale sarebbe quindi un'interrotta attività ambulatoriale durante le ore 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 della CA diviene paragonabile a quanto offerto dai Mmg. A questo punto dobbiamo ipotizzare due diverse figure operative nella ex guardia: l'ambulatoriale e il domiciliare, per non lasciare mai sguarnito il presidio ambulatoriale. Anche le sedi potrebbero essere diverse. La sede ambulatoriale potrebbe essere quella di nucleo, ove possibile, oppure nelle città

suddivise per quartiere in apposite strutture di proprietà Asl o comunale. Ai medici dei turni ambulatoriali che lavorano in determinati presidi (potrebbero essere anche studi di Mmg di medicina di gruppo) si affiancherebbero quelli deputati alla prestazione domiciliare indifferibile che potrebbero essere attivati dagli ambulatoriali oppure da un'unica struttura di triage comune, eventualmente anche al Pronto Soccorso dell'ospedale territoriale di riferimento. Si è così cercato di creare una sintesi tra tutte quelle esperienze avanzate di assistenza (NCP, Case della Salute, City Hospital, PS territoriale, ecc.) in grado di poter dare una risposta soddisfacente alla popolazione, che finalmente avrebbe un servizio h. 24 veramente appropriato.

### Un vero potere contrattuale

In questo modo si ridà ai "guardiani" un vero potere contrattuale in fascia critica di interesse ministeriale e aziendale non impelagandosi in lavori diurni che in fondo, come abbiamo percepito purtroppo, durante tutte le contrattazioni fino ad ora intraprese, di scarso interesse per la Parte Pubblica. Ricordiamo un concetto fondamentale dell'assistenza: si deve tendere all'uniformità dei livelli d'assistenza in un sistema di cure primarie che ormai è talmente eterogeneo da diversificarsi addirittura a livello distrettuale se non di quartiere dove la medicina generale ha sempre avuto nella sua programmazione un punto debole che si ripercuoteva negativamente sull'u-

niformità degli stessi ambiti assistenziali, a causa del fatto che in fondo non era assolutamente ordinata in strutture. La vera difficoltà è quella di riuscire ad assicurare la qualità dell'assistenza anche durante l'attività della continuità assistenziale, operazione più difficoltosa, a seguito dell'elevato turnover delle figure mediche sia in organico sia in turno.

### ■ Integrazione e ruoli

L'integrazione dei ruoli e delle figure professionali si può realizzare solamente attraverso un processo di completa integrazione con le medicine di gruppo collocando i "guardiani" in confini territoriali operativi ben circoscritti affinché le stesse figure si trovino, malgrado la turnazione, a lavorare con gli stessi riferimenti (sia di Mmg sia di altri operatori) sugli stessi pazienti. 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 deve realizzare un sistema di consegne reciproche tra Mmg e MCA che diventa garanzia assistenziale e terapeutica del paziente. Infine si potrebbe ipotizzare la possibilità per la CA di prenotare prestazioni diagnostiche ed esami nell'ambito dell'informatizzazione integrata regionale (progetto SOLE).

### ■ Necessaria una sperimentazione

Certo un simile impianto, che sovvertirebbe comunque il sistema logistico ed operativo della CA avrebbe bisogno di una sperimentazione per essere messo a punto ed ulteriormente evoluto. Nell'ambito regionale e soprattutto grazie all'organizzazione funzionale strutturata denominata Nucleo di Cura Primarie un progetto del genere rappresenterebbe quella naturale evoluzione della qualità dell'assistenza notturna che al momento raffigura, non diciamo un punto debole, ma

quantomeno, un segmento che non si è ancora adeguato, in senso evolutivo e operativo, alla grande strategia di sviluppo territoriale di cui ha beneficiato il Mmg. Il ritorno dato dal guadagno di immagine, dalla reale qualità di assistenza e l'investimento in termini di budget e spesa reale, a conti fatti, sono assolutamente realizzabili. Certamente tutto questo comporta un lavoro culturalmente importante dal punto di vista dell'educazione sanitaria della popolazione. Ciò dovrebbe avere per conseguenza l'utilizzo di carte dei servizi e dei percorsi con riferimenti all'organizzazione dell'assistenza e agli accessi alla struttura, i diritti di pazienti e dei loro familiari, farmaci e prestazioni erogate e/o erogabili, la scheda sanitaria del paziente e i sistemi informatici di interfaccia con i Mmg e di amministrazione, nonché la gestione della struttura e dei beni medicali e strumentali.

Da queste considerazioni discendono le esigenze da un lato di predisporre un idoneo e regolare spazio ambulatoriale per accogliere in condizioni di sicurezza gli utenti con necessità ambulatoriali e dall'altro, di implementare un sistema costante di monitoraggio e revisione della prestazioni erogate che parta da rilevazioni statistiche. Tali informazioni possono essere elaborate e analizzate allo scopo di adottare procedure d'intervento adeguate dal punto di vista scientifico. Le nuove procedure andranno quindi riconsiderate in termini di efficacia ed efficienza e inserite nei programmi aziendali. Alla fine del processo si potrebbe ottenere un modello di organizzazione dell'attività, integrato, esportabile e utile per la riforma della CA. Tale processo, che parte necessariamente dalla conoscenza delle richieste operative, tende alla soddisfazione dei bisogni reali dell'utente.