

## Addendum 19

### Il dualismo Ospedale – Territorio in sanità

La sanità italiana è stata sempre centrata sull'ospedale, lasciando al territorio un ruolo marginale. Ciò è comprensibile se si considera che nell'ospedale si sono concentrate molteplici specialità, tecnologie sempre più avanzate per la diagnosi e la cura, scuole di medicina e conoscenze avanzate. Il pubblico quindi ancora oggi identifica l'ospedale con la possibilità di cure migliori e più spesso ignora la sanità territoriale, ossia i medici generalisti e gli ambulatori territoriali. A ciò ha contribuito anche l'isolamento e l'impoverimento culturale e tecnologico del medico generalista, che più spesso opera da solo, senza sussidi diagnostici, senza un efficace aggiornamento professionale e si sente quindi esposto al rischio di sbagliare e di essere coinvolto in procedimenti di responsabilità. Anche gli sforzi e i finanziamenti compiuti negli anni più recenti non hanno sortito miglioramenti significativi. Vi è poi l'anomala posizione contrattuale dei generalisti, che non sono dipendenti del servizio sanitario nazionale, ma con esso convenzionati; peraltro con una convenzione non tanto di tipo privatistico ma piuttosto impostata in modo da assimilarsi al massimo con un contratto di tipo pubblico. La stessa cosa vale per gli specialisti territoriali, per i cosiddetti pediatri di libera scelta e per i medici della continuità assistenziale, ossia quelli che sostituiscono i generalisti nei giorni festivi e prefestivi, nelle notti e in caso di urgenza domiciliare. Nessuno di questi medici è sottoposto a verifica sul suo operato e sul suo aggiornamento professionale, cosicché molti di essi si sono progressivamente isolati e limitati a compiere attività di prevalente tipo amministrativo anziché clinico. La mancanza di un lavoro di squadra con altri professionisti della sanità, medici e non medici, ha ulteriormente aggravato la situazione e contribuito a rendere marginale il ruolo della medicina territoriale.

Tutto ciò spiega anche per quale motivo la popolazione si oppone duramente alla chiusura di ospedali, anche se piccoli e poco qualificati: viene loro meno infatti l'unico punto di riferimento per i loro problemi di salute. Questo stato di cose è divenuto particolarmente grave negli anni più recenti in rapporto sia al rapido incremento della tecnologia medica e dei suoi alti costi, sia alla crescente prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili, che ha largamente superato quella delle malattie trasmissibili, ossia le malattie che giustificano trattamenti acuti ma di durata limitata. Le malattie croniche non hanno per lo più bisogno di ricovero ospedaliero (tranne in momenti di acuzie), ma di un monitoraggio e un'organizzazione dei controlli e degli aggiustamenti terapeutici che consentano di ridurre l'inevitabile aggravamento negli anni.

La disabilità che consegue alle malattie croniche va meglio seguita al domicilio del paziente (sia esso individuale o collettivo), necessita non solo di interventi medici ma anche sanitari non medici (di infermieri, fisioterapisti, farmacisti clinici, assistenti sanitari e personale adibito alla cura della persona e della casa), necessita di un medico olista (più spesso un generalista o un geriatra) e non di singoli specialisti concentrati su un solo aspetto della patologia, giacché i pazienti sono spesso affetti da molteplici patologie e manifestano necessità che variano nel tempo (dall'ospedale per l'acuzie alle strutture intermedie di riabilitazione e lungodegenza, all'ambulatorio, al domicilio individuale o collettivo) e quindi di un percorso che si snoda in una rete di servizi sanitari che deve essere guidato da mano esperta e che necessita di informazioni sanitarie, generate da ogni punto della rete, che vanno raccolte, organizzate e

conservate nella cartella personale del paziente, presentate in modo da facilitare al medico la comprensione dei fenomeni clinici che si sviluppano, così da consentirgli interventi precoci capaci di minimizzare i danni dell'aggravamento. Idealmente, quindi, una cartella elettronica capace di intercettare i dati ovunque questi vengano generati, di elaborarli e di presentarli in maniera sintetica e chiara, affiancando possibilmente automatici suggerimenti di intervento derivati dalle linee guida validate dalla comunità scientifica. Siamo lontani in Italia da questi obiettivi ma proprio gli alti costi e la scarsa qualità del mancato intervento sulle malattie croniche e sulla conseguente disabilità che abbiamo sin qui adombbrato, dei disservizi che nascono dalla incomunicabilità fra ospedale e territorio (situazione cosiddetta dei *silos*) della mancanza di una rete integrata dei servizi di diagnosi e cura di diversa intensità, della mancanza di una cartella clinica unica, dell'assenza di un sistema di monitoraggio continuo dei pazienti cronici, dei danni alla salute di questi ultimi quando vengono dimessi dall'ospedale per la mancanza di un'organizzazione territoriale che li prenda in carico, onde prevenire recidive e quindi nuovi ricoveri e consequenti altri costi: tutto questo rende a mio avviso urgente ripensare l'organizzazione della sanità territoriale e dei suoi rapporti con le strutture di ricovero.

Io credo che la prima mossa che potrebbe essere fatta per migliorare la situazione potrebbe essere l'implementazione della **Casa della salute** (un tempo UTAP). E' questa una struttura sanitaria territoriale che nasce negli USA e che ha il compito principale di organizzare la prevenzione e la cura della cronicità, come strumento principale del modello di *chronic disease management*. Essa è gestita da un medico generalista con funzione di primario che, con i dovuti supporti amministrativo-gestionali, organizza e guida una squadra composta da altri medici olisti, medici specialisti dell'ospedale locale, infermieri, fisioterapisti, farmacisti clinici, personale di assistenza alla persona e alla casa, e dotata di servizi sanitari sia pur minimi ma oggi indispensabili, come l'ecografia, la cardiologia, il punto di prelievo per esami ematochimici. Penso che il personale della *Casa della salute* debba essere assunto con un contratto di lavoro identico a quello del personale ospedaliero, così da configurare un'organizzazione che ricorda quella della Kaiser Permanente in USA, ove gli obiettivi di tutto il personale, sia delle strutture di ricovero sia del territorio, sono comuni, con comuni retribuzioni che prevedono, oltre ad una quota fissa forfettaria per caso trattato, due quote variabili legate rispettivamente agli indicatori di salute della popolazione servita e agli esiti dei *PROMS* (Patient Related Outcome Measures), intesi non tanto come gradimento del paziente ma come indicatori di elementi oggettivi che solo il paziente conosce (ad esempio: in occasione della sua ultima richiesta di consultazione, quanto ha dovuto attendere per avere la prestazione? Il medico le ha prescritto la vaccinazione antinfluenzale? Le ha suggerito di smettere di fumare, se fumatore? Ha fatto un'indagine sulle sue abitudini alimentari, sull'assunzione di alcolici, sul suo stato dell'umore, ecc.).

Presso la *Casa della salute* viene innanzitutto costruito e gestito il registro delle malattie croniche più comuni (cardiopatie, ipertensione, diabete, tumori) così da poter attivare un monitoraggio attivo con le convocazioni per le indagini di laboratorio e per quelle cliniche. Monitoraggio attivo però significa innanzitutto che ogni gruppo di pazienti viene seguito da un case-manager secondo protocolli prestabiliti cosicché questi diviene il coordinatore e il referente di ognuno dei pazienti, ne rileva attivamente le necessità socio-sanitarie e le trasmette al medico e ad altri pertinenti componenti della squadra, quali ad esempio: il farmacista clinico che deve farsi carico della continua valutazione della compliance del paziente alle terapie farmacologiche prescritte e dei loro eventuali eventi avversi, così da prevenire le tanto frequenti complicazioni da farmaci nelle multi morbilità degli anziani, specie se compromessi anche dal punto di vista cognitivo. Nella *Casa della salute* deve trovare luogo anche la *Valutazione Multidimensionale* dell'anziano che consente poi la programmazione degli interventi socio-sanitari e la costruzione dei percorsi assistenziali personalizzati per i pazienti.

Il medico generalista che opera da solo e che vuole continuare nello stato di convenzionato può continuare nella sua attività ma operando di concerto con la *Casa della salute* e vigilando sui singoli pazienti per alcune funzioni cliniche, quali monitoraggio degli ipertesi, dei cardiopatici, dei diabetici. Egli deve comunque frequentare la *Casa della salute* e l'ospedale locale al fine di rimanere inserito e aggiornato ed essere valutato dal primario generalista.

Il modello più sopra disegnato dovrebbe a mio avviso rientrare in una sperimentazione gestionale di tipo dimostrativo e quindi operare in deroga alle leggi vigenti per aspetti ben definiti, quali i contratti di lavoro, le retribuzioni, le modalità operative della rete, i rapporti ospedale locale - Casa della salute - medico generalista – strutture intermedie - domicilio individuale o collettivo del paziente. Particolare attenzione andrà posta all'inizio della sperimentazione dimostrativa nel sostenere e motivare gli operatori sanitari. Sarebbe importante anche una posizione accademica per i generalisti apicali sia come strumento di motivazione che di ricerca sanitaria (cioè quella organizzativo-gestionale e clinica) che di *Continuous Professional Development* (CPD) di tutto il personale.

Vederei molto bene che la *Casa della salute* operasse vicino o nel contesto dell'ospedale locale, che doterei preferenzialmente di reparti di medicina geriatrica, di chirurgia, di pediatria, di neonatologia e di ostetricia per casi non complessi, rimandando per tutte le patologie più impegnative ad ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, superspecialistici, distribuiti strategicamente nel territorio regionale collegati con gli ospedali locali e relative reti. Nell'ospedale locale dovrebbe trovar posto anche un punto di primo soccorso gestito da personale comandato dal DEA di riferimento e con questo collegato in telemedicina e con un trasporto molto efficiente. Ogni rete potrebbe rappresentare una singola azienda sanitaria (azienda rete di erogatori sanitari) ed essere associata con altre simili aziende a costituire una ASL.

La *Casa della salute* dovrebbe assorbire anche compiti e risorse oggi in capo alle amministrazioni comunali per l'assistenza sociale, nonché finanziamenti privati (Assicurazioni, aziende, ecc.) per svolgere servizi pertinenti.

Va inoltre attivato un sistema di aggiornamento continuo del personale sul modello del CPD e comprensivo di rivalutazione sul modello inglese, a difesa della salute dei cittadini, del buon nome del personale e del servizio sanitario nazionale, e a prevenzione dei crescenti contenziosi legali e dei loro costi.

Ritengo infine che tutta la sanità, ma in particolare queste nuove aziende – reti, debba essere assoggettata ad un efficiente sistema di controlli anche tramite ispettori, basato su indicatori di qualità, sicurezza, quantità e costo e che i risultati debbano essere pubblicizzati e resi comprensibili ai cittadini, così da non perdere il controllo sociale sull'attività sanitaria.

*Girolamo Sirchia*

1 giugno 2013