

NUOVA SANITA' TERRITORIALE: LE AZIENDE-RETE DI SERVIZI SANITARI

La popolazione guarda all’Ospedale come al più importante, se non l’unico, presidio cui fare ricorso per problemi di salute. Questa concezione è giustificata dal fatto che non siamo mai riusciti finora a far nascere nel territorio presidi ed organizzazioni che sappiano fornire alla popolazione altrettanta o maggiore sicurezza.

Tuttavia l’Ospedale come è oggi è superato. Infatti esso continua ad essere il presidio ideale per trattare le emergenze (cioè le condizioni acute che mettono a rischio la vita del paziente) e le degenze ordinarie che non possono essere trattate altrove, ma non è più il luogo ideale dove afferire per le patologie urgenti (cioè quelle che non mettono a rischio la vita del paziente, ma richiedono un intervento di diagnosi e cura pronto ed esperto) né per le patologie croniche, tipicamente le multi-morbilità degli anziani, che sono oggi la parte preminente delle patologie, e che richiedono sia un intervento medico, sia un’assistenza sociale ed infermieristica il più possibile vicino al loro luogo di residenza.

Questi pazienti devono avere un medico di riferimento che li prenda in carico individualmente, li segua e li guida nel loro percorso di salute con atteggiamento olistico, disponibilità e responsabilità, collaborato da altre figure professionali quali un *case-manager* che operi in modo proattivo, specialisti, infermieri e tecnici, assistenti sociali e relativi servizi di cura della casa e della persona. Ecco quindi che si configurano necessità nuove, e primariamente:

1. istituzione delle ***Case della Salute*** per i pazienti cronici con la collaborazione coordinata dei generalisti che operano individualmente nel loro studio;
2. istituzione di ***Poliambulatori Guardia Medica*** territoriali, analoghi ai cosiddetti *Darzi walk-in centres*, che supportino i medici generalisti per le patologie acute, per gli approfondimenti diagnostici, per la *second opinion*, per le attività fuori orario e per quelle domiciliari con i medici della continuità assistenziale, aperti 24 ore al giorno ogni giorno dell’anno e dotati di molteplici specialisti ed attrezzature da definire di volta in volta, a seconda delle esigenze locali;
3. collegamento dei presidi più sopra elencati tra loro e con ospedali locali, RSA e centri di riabilitazione riuniti in ***Aziende-Rete di Servizi Sanitari (ARS)*** che assumano la responsabilità di erogare in modo integrato i servizi che servono al paziente, nel luogo a lui più vicino e conveniente; servizi cioè centrati sul paziente e non su altri interessi, integrazione e continuità assistenziale, visione globale del malato e delle sue necessità socio-sanitarie in senso lato. Ogni ASL diverrebbe così l’Ente di programmazione e controllo di singole ARS dotate di poteri e responsabilità, cioè gli strumenti indispensabili per assicurare agli erogatori la possibilità di rispondere del proprio operato, sia nel bene che nel male. L’integrazione tra i vari professionisti operanti in ogni ARS con obiettivi comuni potrebbe alfine superare il dualismo ospedale-territorio con le sue barriere, consentire la crescita della medicina territoriale, favorire l’aggiornamento e la preparazione dei medici e degli altri sanitari, offrire al paziente un servizio migliore per quantità, qualità (appropriatezza accesso, sicurezza, esiti) a costi minori. Tra

gli altri vantaggi il potenziamento della medicina interna e generale, che sta riducendosi in modo preoccupante a favore delle specialità e superspecialità, con la scomparsa di quel medico olista che funge da riferimento costante e guida del paziente nei suoi percorsi di salute. Grande vantaggio si potrebbe avere anche nella ricerca clinica e nell'affinamento culturale medico nel territorio, che potrebbe crescere ulteriormente se i medici territoriali potessero avere anche impegni accademici e incarichi universitari. Anche l'Ospedale potrebbe trarre vantaggio da un ripensamento organizzativo che preveda un internista a coordinare il percorso di diagnosi e cura del paziente, avvalendosi degli specialisti, ma evitando che il paziente debba cambiare reparto, essere riammesso dopo la dimissione e, se anziano, non ricevere quell'attenzione sanitaria e umana che i più illuminati internisti e geriatri propongono come innovazioni urgenti. Anche i Centri di Riabilitazione e le RSA infine non potrebbero che migliorare professionalmente integrandosi e partecipando alle iniziative della rete.

Un pensiero importante va rivolto alle RSA, che devono entrare a pieno titolo nella rete dei servizi sanitari sia per i degenti di lungo termine che per i ricoveri di sollievo e le dimissioni di pazienti in convalescenza. Perché ciò accada è necessario che la qualità dell'assistenza nelle RSA migliori radicalmente, soprattutto nei seguenti ambiti: prevenzione delle infezioni; ulcere da decubito; uso di psicofarmaci; *turn-over* del personale, loro rapporto numerico con gli assistiti, loro preparazione e aggiornamento; prevenzione delle cadute; prevenzione di abusi e violenze sui ricoverati; riabilitazione. E' anche auspicabile che in questo settore delle lungodegenze si imposta ricerca ed innovazione, e che le RSA si colleghino ad Ospedali e relativi servizi in una logica di rete (Mody L et al. *Keeping the "home" in nursing home*. JAMA Intern Med 173, 917-18, 2013).

Ovviamente il successo di tutto il cambiamento proposto dipenderà dalla qualità delle persone, dalla loro preparazione e dalla loro motivazione. Un cambio sostanziale nel gestire il personale, sostenendolo e riconoscendone i meriti, senza quell'atteggiamento padronale che oggi purtroppo vige nelle nostre strutture sanitarie; ma anche l'apertura della sanità a volontari e benefattori sono elementi indispensabili da considerare perché la sanità migliori davvero.

Il più soddisfatto dovrà però essere il paziente, che non deve più essere lasciato solo a cercare una soluzione ai suoi problemi di salute, che deve essere aiutato e seguito dopo la dimissione dall'ospedale: ad esempio nel caso di un ictus la sua ipertensione dovrà essere monitorata, la riabilitazione ben organizzata, il diabete ben regolato; egli deve trovare il medico quando ritiene di averne bisogno; non deve attendere settimane per ottenere le prestazioni sanitarie necessarie; non deve pagare una prestazione libero-professionale *intramoenia* per ricevere un po' di attenzione; egli ha diritto di ricevere attenzione e rispetto dalle strutture sanitarie, deve condividere gli interventi cui sarà sottoposto e non solo firmare un modulo spesso senza capire fino in fondo di che si tratta. Tutto questo potrebbe rappresentare ***Nuova Sanità***.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda a:

- a) "Salute e Sanità" di G. Sirchia e M. Campari (www.italiaeis.it)
- b) Royal College of Physicians. Future hospital commission. 2013. www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-commission.

Girolamo Sirchia