

ALLEGATO B

I PRESIDI OSPEDALIERI DEL TERRITORIO (POT)

Per anni si è tentato con poco successo di chiudere i piccoli ospedali. Forse è un bene che ciò non sia avvenuto giacché essi potrebbero diventare un presidio sanitario della medicina territoriale prevalentemente rivolto alla cura dei cronici e degli anziani anziché dei pazienti acuti. Per quest'ultima funzione essi non sono indicati, in quanto necessariamente sprovvisti di quelle competenze e tecnologie che oggi il trattamento degli acuti richiede, e che devono essere concentrate in pochi ospedali avanzati di riferimento, ma possono assolvere al compito di offrire al proprio territorio e ai medici della medicina primaria i seguenti servizi:

1. mettere a disposizione dei medici generalisti di zona alcuni letti per il ricovero di pazienti (per lo più anziani) che richiedono cure di bassa intensità e collegarsi con uno o alcuni ospedali di riferimento per offrire letti di bassa intensità di cura per dimissione protetta evitando così che entro poco tempo (30 gg) vi siano nuovi ricorsi ai Pronto Soccorso (PS) ed eventuali nuovi ricoveri, notoriamente perniciosi per i costi e per l'intasamento dei PS;
2. organizzazione di una *Casa della Salute* per i cronici dotata di *Unità di valutazione* multidimensionale atta a redigere piani di cura individuali per i pazienti, gestiti da *case – manager* che seguano in modo proattivo ogni paziente per assicurargli in ogni momento la prestazione sanitaria appropriata e la continuità della cura;
3. eventualmente un *walk – in center* che possa fungere da presidio ambulatoriale di diagnosi e cura aperto almeno 16 ore al giorno che possa essere di sostegno ai Medici di Medicina Generale (MMG) come *second opinion*, approfondimento diagnostico, guardia medica negli orari in cui gli studi sono chiusi o semplicemente un presidio medico per coloro che provengono da altri luoghi o desiderano comunque una prestazione sanitaria anche a pagamento.

Nei Presidi Ospedalieri di Territorio (POT) potrebbero operare, a seconda dell'opportunità, medici generalisti e specialisti territoriali o medici dipendenti. Sarebbe a mio avviso opportuno si consentisse una carriera per i medici dei POT, prevedendo vari livelli di responsabilità della dirigenza e chiedendo all'Università di istituire posizioni accademiche per la medicina generale, estremamente utile

per consentire a quest'ultima quelle attività di didattica e di ricerca che sappiamo strettamente connesse al progresso medico.

Per il buon collegamento di questi POT con gli ospedali di riferimento sarebbe utile anche sperimentare in questi ultimi l'istituzione di interfacce quali l'*hospitalist* (o internista coordinatore dei processi di diagnosi e cura dei pazienti ricoverati, in dialogo continuo con i POT e i medici generalisti soprattutto per la dimissione), o analoga figura di tipo infermieristico dirigente, interazione indispensabile per evitare l'attuale frazionamento delle cure, la inutile ripetizione di indagini strumentali e di laboratorio, l'assommarsi di prescrizioni farmaceutiche che sono spesso causa a loro volta di scarsa *compliance* del paziente alle cure, ecc.

Questo flessibile impianto organizzativo consente anche la partecipazione del privato alla gestione dei POT, e quindi la possibilità di ampliare e migliorare ulteriormente le loro funzioni, a tutto vantaggio della medicina territoriale che, da anni, andiamo sostenendo debba essere migliorata e potenziata.

Girolamo Sirchia

Milano, 4 dicembre 2015