

La Sanità Territoriale alla ricerca di equità ed efficacia



Giuseppe Stellini
Commissione Psichiatria e Neuropsichiatria
Infantile dell'OMCeGE

Il cambiamento demografico, il progresso clinico e tecnologico e l'evoluzione delle possibilità comunicative hanno da tempo messo in crisi il sistema sanitario pubblico.

Sotto gli occhi di tutti sono le difficoltà di accoglienza e di autonomia nella risoluzione dei problemi della **medicina territoriale**, l'exasperante lunghezza delle **liste di attesa** per le prestazioni che crea iniquità tra chi può permettersi di ricorrere al privato puro e chi no, le esperienze di **accesso al PS** dove un'ottima appropriatezza clinica per le condizioni di una certa gravità si affianca a condizioni altamente indecorose per tutte le altre che sono numericamente maggiori, la carenza di **posti letto** ospedalieri.

Da tutto ciò è chiaro come sia necessario non solo un cambiamento, ma una vera e propria decisione politica sulla direzione in cui inserirlo a partire dalla considerazione di come sia necessario giungere ad operare all'interno di un sistema di **PREVENZIONE EFFICACE**.

Se il sistema delle cure ospedaliere presenta caratteristiche di limitazione all'accesso, totale presa in carico, misurabilità, relativa flessibilità, quello territoriale ambisce ad acquisire analoga governance clinica per obiettivi concordati.

CONCETTI come

- Accessi in PS
- Liste di attesa
- Carenza posti letto

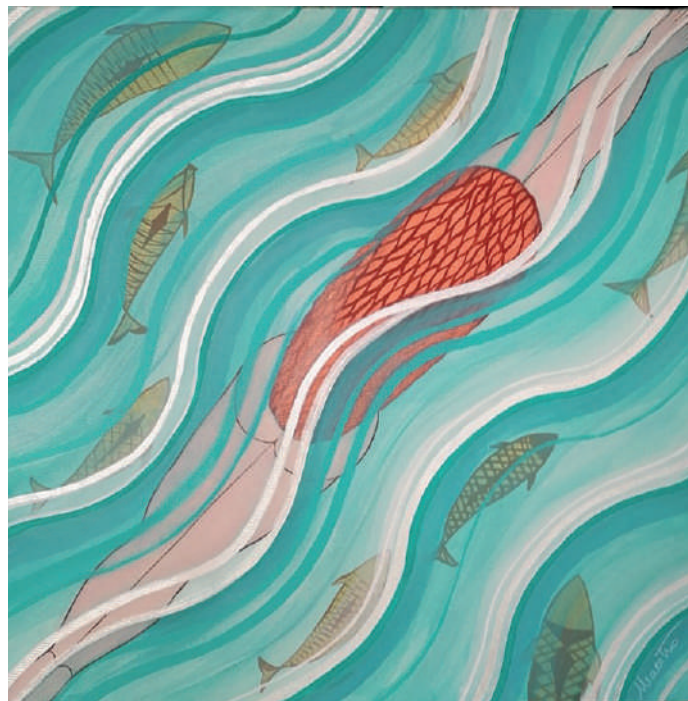
non sono problemi da "inseguire" ma da affrontare "governando" la criticità che ne sta alla base: **l'inefficacia** della at-

tività di **prevenzione** che compete alla medicina territoriale.

Se si vuole mantenere sostenibile un sistema sanitario pubblico solidale è necessario mantenere le persone con maggiori bisogni, e conseguente maggior impatto in termini di costi, al di fuori del mercato delle prestazioni e per fare questo può apparire necessario disporre di una fazione di tutoraggio dedicata alla ANALISI DEL BISOGNO (socio-sanitario) propedeutica a una PRESA IN CARICO della SINGOLA PERSONA.

Da qui il BIVIO che si profila per la politica sanitaria.

- 1) Puntare prevalentemente all'implementazione delle **CASE DELLA COMUNITÀ HUB** per ottenere l'inserimento dei malati cronici in PDTA regionali (che contengono appunto le prestazioni) presso tali strutture distrettuali ad opera di medici dipendenti, ma valga l'esempio dei risultati dei CREG lombardi.
- 2) Oppure giovarsi da subito ANCHE della struttura già oggi in grado di operare in entrambi i passaggi di analisi del



Elisabetta Maestro - 2021 - Onde



bisogno e presa in carico delle **persone** che è quella dei **MEDICI DI FAMIGLIA** e delle loro **ORGANIZZAZIONI (AFT)** inserite nelle **CASE DELLA COMUNITÀ SPOKE**, capaci anche di operare in modalità di **MEDICINA DI INIZIATIVA** in maniera estensiva e riferirsi alle case della comunità **HUB** in grado di offrire in economia di scala diagnostica di 2° livello, specialistica e apporti multiprofessionali, operando quindi con maggior appropriatezza di setting.

Le parole **CHIAVE** implicate in questa decisione sono:

“MEDICINA DI INIZIATIVA”: modalità operativa che si basa sulla scelta appropriata delle persone cui dedicarla, sulla capacità di contattarle e arruolarle nella presa in carico, sulla possibilità di seguirne attivamente nel tempo l'evoluzione, e sul supporto strumentale e informatico fornito dalla struttura in cui si opera.

“PAY FOR PERFORMANCE”: modalità di responsabilizzazione e incentivazione di operatori e strutture per indicatori concordati di salute di comunità.

“PARTECIPAZIONE ATTIVA” dei cittadini indispensabile al raggiungimento e al mantenimento dei target di salute specie per le persone con cronicità/fragilità.

Più in generale l'attività delle **CASE DELLA COMUNITÀ HUB** intesa come **STRUTTURA** si configura come un'estensione della capacità generale di accoglienza, un supporto alla percezione di completezza ed efficienza del territorio, una facilitazione di accesso alla diagnostica di 2° livello e a **PDTA** concordati per i pazienti cronici.

Ma, a monte di tutto questo, manca ancora tutta l'attività di **PRESA IN CARICO** delle **persone** operata presso le **CASE DELLA COMUNITÀ SPOKE** come **FUNZIONE**.

Questa comprende i possibili **interventi sui fattori di rischio** clinici e sociali, l'attività dedicata alla **diagnosi precoce**, la necessità di utilizzare e mantenere la **partecipazione attiva** degli assistiti, la capacità di fare una personale **analisi**

del bisogno sociosanitario, la costanza dell'attività di **audit** relativamente a indicatori di prevenzione, l'appropriatezza di utilizzare la **diagnostica 1° livello in office** in maniera sempre propedeutica a quella di 2°, la capacità di ottenere **coperture vaccinali** prossime all'ottimale.

Tutte queste azioni, che per essere efficaci devono essere equamente estensive, **SI AGGIUNGONO** alla tradizionale e fondamentale attività di **DIAGNOSI E CURA** del singolo medico e si possono svolgere **SOLO** con modalità di **MEDICINA DI INIZIATIVA, ORGANIZZATA, SUPPORTATA INCENTIVATA**.

Quindi l'attribuzione di questo **NUOVO AGGIUNTIVO COMPITO** e la **RESPONSABILIZZAZIONE** conseguente dovranno essere in capo alla struttura delle **CASE DELLA COMUNITÀ SPOKE** in cui i medici operano.

Quindi **CASE DELLA COMUNITÀ SPOKE** capaci anche di operare in modalità di **MEDICINA DI INIZIATIVA** in maniera estensiva riferendosi comunque alle case della comunità **HUB** in grado di offrire in economia di scala diagnostica di 2° livello, specialistica e apporti multiprofessionali, operando quindi con maggior appropriatezza di setting.

Sarebbe quindi un grave errore trascurare l'opportunità di ottenere la crescita di questa capacità organizzativa (approfittandone anche per ottenere rendicontabilità e responsabilizzazione come anche il non mettere a frutto le enormi **potenzialità di presa in carico e prevenzione** che il **rapporto di fiducia** conferisce ai medici di famiglia.

Questo tanto più valutando l'esiguità dei costi necessari per loro dotazione organizzativa e per la diagnostica di 1° livello sicuramente valutabili anche nella ricaduta sulle liste di attesa e non sembrando possibile rassegnarsi a un ruolo dei medici di famiglia che non evolva rispetto a quello “passivo” del secolo scorso.

Se lecito attenersi ai tempi tecnici legati agli allestimenti, ai meccanismi, alle dotazioni e ai collegamenti per le case della comunità **HUB** come **STRUTTURA** assolutamente urgente è l'avvio delle attività delle case della comunità **SPOKE** come **FUNZIONE** con un preciso mandato regionale in tema di **PRESA IN CARICO** dedicata alla **PREVENZIONE**.