

Il *punto di vista* della Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD Italia)

In tempo di crisi, quale riorganizzazione del Distretto, quale promozione del Sistema socio-sanitario territoriale in un'ottica di salute sostenibile?

The point of view of CARD Italy.

In times of crisis, which reorganization of the District, which promotion of socio-territorial health system for a sustainable health?

Gilberto Gentili

Presidente CARD Italia

Antonino Trimarchi

Vice-presidente CARD Italia

CARD Italia ha costantemente dedicato ai temi della sostenibilità spazi amplissimi di dibattito. Le dichiarazioni del Presidente del Consiglio Monti sul rischio che il Servizio Sanitario Nazionale possa dover essere "reingegnerizzato" hanno di certo lasciato il campo a una serie di dubbi. Quale reingegnerizzazione è ipotizzabile? Un passaggio a forme di assistenza privata? Una ridefinizione in senso limitativo dei Lea? Un inasprimento "di scopo" della pressione fiscale?

E' indubbio che, come certificato dalla Corte dei Conti il problema non stia nella quota di finanziamento nazionale del SSN, quota che è ancora oggi tra le più basse del mondo occidentale, ma ancora in una parziale ineffi-

cienza del sistema e ancor di più nella persistenza di sistemi corruttivi all'interno del sistema stesso che ne appesantiscono pesantemente l'impatto economico.

«Anche se i problemi sono lunghi da trovare completa soluzione, soprattutto in alcune realtà territoriali (anche perché determinate situazioni si sono "costruite" in qualche decennio e non è ragionevole ritenere che si possano risolvere in tempi brevi) uno sguardo complessivo mostra che, nel quadro della finanza pubblica generale, il comparto sanitario si trova in una fase che si potrebbe definire di "avanguardia"».

(da: Relazione Corte dei Conti esercizi 2010-2011)

CARD Italia, nella pianificazione delle Sue azioni non ha la pretesa di sostituirsi agli organi istituzionali deputati alla programmazione, ma vuole certamente definire alcuni punti che anche una Società Scientifica può, in piena legittimità, sostenere.

In questo senso appare evidente che uno dei problemi centrali che condiziona già da ora il quadro di sostenibilità economica è rappresentato dall'aumentata incidenza percentuale della popolazione anziana e dalla conseguente necessità di modulare servizi e offerta di prestazioni sulla presa in carico dei pazienti cronici.

Tali problematiche trovano espressione nella difficoltà che storicamente questo Paese ha nel dirottare risorse "reali" sulla medicina del territorio, fatto ben rappresentato dalla esiguità del finanziamento alla Assistenza Domiciliare Integrata che assorbe circa l'1,5% del totale del FSN, costituendo di fatto una attività di cui "si parla" più di quanto la si finanzia.

Ma è nella complessità della presa in carico delle malattie croniche che si debbono fare delle riflessioni.

In primo luogo è opportuno riuscire a dare al sistema territoriale una visibilità oggettiva che determini per il cittadino un'accessibilità semplice, completa e soprattutto nell'intero arco della giornata.

A tale proposito abbiamo proposto l'adozione in via sperimentale di un numero, il 124, che analogamente a quanto realizzato con il 118 rappresentativo della rete delle urgenze-emergenze per l'episodio acuto che trova soluzione in ospedale, possa diventare la porta di accesso per tutte le necessità che possano porsi al di fuori dell'urgenza. Il progetto pone l'accento sull'integrazione di tutto il sistema sociosanitario Distrettuale. La metafora che descrive il servizio, cosiddetto 124, è quella della Nazionale italiana che "convoca" le ri-

sorse migliori delle singole squadre professionali (medici di assistenza primaria - MMG e PLS -, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, infermieri, operatori sociali, volontari...), per attuare la presa in carico globale del paziente e perseguire la continuità assistenziale connettendo le cure fornite dai diversi operatori nei diversi setting, ambulatoriale, semiresidenziale, ospedaliero (ammissioni/dimissioni protette) al domicilio, con particolare attenzione alle problematiche dell'instabilità post acuzie, alla compliance terapeutica nelle cronicità, alla sussidiarietà nella riabilitazione quotidiana familiare e senz'altro anche alle cure di fine vita.

Il 124 per CARD rappresenta la garanzia della continuità della tutela della Salute, declinata nelle direttrici di prevenzione, cura e riabilitazione territoriali, il punto di svolta nella modalità di rispondere alle varie necessità assistenziali che possono sorgere a domicilio, prioritariamente per i pazienti già assunti o da prendere in carico nei servizi distrettuali domiciliari.

La salute, per CARD, diviene relazione proattiva da collaudare in un ambito spazio temporale che non lasci accadere vuoti assistenziali.

Con il progetto della continuità assistenziale 124 da realizzare effettivamente e concretamente ogni giorno, nell'intero arco delle 24 ore, CARD Italia vuole proprio dare continuità al "prendersi cura" che fu dei primi medici del territorio, integrandolo con le migliori pratiche organizzative/gestionali già operative.

Il programmare l'assistenza territoriale continuativa sulle 24 ore, risponde ad una esigenza emersa da tempo di predisporre risposte, le più pronte possibili, a vantaggio degli assistiti e dell'organizzazione (ciò può spostare il baricentro dall'ospedale al terri-

torio) che nel contempo vedrà integrati in modo complementare e capillare gli operatori sociosanitari in ambito distrettuale ed ospedaliero.

La spina dorsale del 124, coerentemente alla "Primary Health Care Community Oriented", è data dalla conoscenza del paziente e della sua famiglia, del suo contesto abitativo e sociale, dalla relazione fiduciaria di sostegno, dall'accettazione delle terapie e dei consigli sullo "stile di vita" migliore, e dalla capacità di rendere il paziente ed i care givers protagonisti attivi, di tessere reti di auto-mutuo-eco aiuto in cui si fondono gli attori delle cure formali (di parte sanitaria e sociale) ed informali.

Pertanto oggi vogliamo e dobbiamo costruire il 124, ovvero 1 distretto territoriale attivo 24 ore, per le stabilizzazioni urgenti a domicilio e la presa in carico attiva della domanda, percorrendo la strada indicata dalla normativa.

Un forte accento è posto sulla necessaria "riospitalizzazione" del territorio, con investimenti ineludibili, confermata dalla rilevazione dell'attuale insufficienza strutturale in molti Distretti. Serve una Nuova Alleanza tra tutte le componenti attive che vivificano il territorio per imporre a livello politico un "new deal della Salute". L'obiettivo da non mancare è quello di creare opportunità valide nel territorio per le migliaia di persone con malattie di lunga durata o terminali che altrimenti devono ricorrere all'ospedalizzazione tradizionale: questo consentirà di andare oltre la necessità di razionalizzare i costi del sistema sanitario e sociosanitario, ottimizzando, non razionando, le risorse esistenti a garanzia di una certezza e sicurezza assistenziale oggi irrinunciabile.

Da queste riflessioni in CARD Italia è emersa la prospettiva del numero 242 (somma del 118 e del 124) quale numero di sistema, che

genera una sintesi operativa convincente.

Il 242 nella visione palindroma mostra come, sia da un punto di vista ospedaliero che da un punto di vista distrettuale, il cittadino in difficoltà ha bisogno di questi numeri e li declina operativamente nella sua essenza ologrammatica: il Sistema Salute Nazionale attivo 24 ore su 24 sia a domicilio sia in ospedale.

I punti salienti della proposta semplice ma rivoluzionaria, perché porta a rivedere l'attuale organizzazione, sono in sintesi:

- messa in rete all'interno del Distretto delle singole offerte territoriali, sia di accoglienza-accettazione che di assistenza diretta (presa in carico continuativa, coordinata e globale);
- realizzazione del distretto attivo e quindi visibile nel territorio 24 ore su 24;
- concretizzazione del *patient file* elettronico ad uso esclusivo della salute del cittadino (informazioni condivise quale premessa alla continuità di cura);
- convenienza economica data dall'ottimizzazione della messa in rete di tutte le risorse di un determinato ambito territoriale, per fornire la risposta giusta, mai ridondante, pertinente ed appropriata (non esagerata in quanto unica), alle necessità di benessere e salute.

Questo non potrà che avvenire sotto la governance del Distretto, contesto di riferimento della azione strutturale del Servizio Sanitario Nazionale. Inutile inventare forme altre a quelle già presenti. Il Distretto è oggi una realtà consolidata, presente nella normativa nazionale e regionale che va piuttosto rilanciata e rafforzata in alcuni territori, ma che, dopo 30 anni di vita, pur non potendo avere il consolidamento strutturale dell'ospedale garantisce al cittadino tutela e cura della propria salute.

Costruire Distretti forti, come CARD enun-

cia nel Suo documento nazionale 2013 significa realizzare servizi alternativi e non complementari all'ospedale in piena collaborazione con la rete della assistenza primaria che già opera sottotraccia h 24, ma che potrebbe trovare nella rivisitazione della continuità assistenziale, mai realizzata compiutamente su scala nazionale, un prezioso supporto alla gestione "ecologica" ovvero a domicilio del malato.

All'atto dell'istituzione del sistema di emergenza territoriale non fu realizzata una reingegnerizzazione delle postazioni di continuità assistenziale, forse anche per il fatto di garantire lavoro ai tanti medici dell'epoca.

Esistono situazioni logistiche ove, durante la notte operano due sanitari con tassi d'intervento ridottissimi. Oggi questo non è più sostenibile. CARD propone una rivisitazione dei parametri delle postazioni di Continuità, con utilizzo dei medici nel ciclo diurno a finanziare/integrare l'attività delle cure primarie sulla presa in carico del cronico. E' evi-

dente che un'operazione di questo genere non avrebbe costi aggiuntivi per il sistema.

In questo scenario crediamo anche che vada rivista la responsabilizzazione professionale dei professionisti non medici, oggi di fatto laureati cui vanno delegate competenze in autonomia: pensiamo agli amministrativi, agli assistenti sociali e in particolare agli infermieri che già oggi, fuori dalle strutture e oltre i mansionari, devono assumersi in "proprio" l'onere decisionale su campi ove peraltro hanno già maturato esperienza e competenze specifiche di gran lunga confrontabili e spesso diremmo, non solo complementari ma anche reciproche a quelle del medico.

In conclusione, con CARD Italia abbiamo l'ambizione di accompagnare dal Distretto la nuova architettura di risposte alla persona proposta dal Ministero della Salute, per costruire assieme un Servizio socio-sanitario forte ovvero, per usare il nostro linguaggio, un Sistema di Salute Pubblica Convincente.