

Casa della Salute: evoluzione o rottamazione?

I sindacati di categoria sono stati invitati ad un'audizione Consigliere Regionale dell'Emilia Romagna che aveva come oggetto d'indagine l'organizzazione regionale delle Case della Salute (CdS). L'occasione è stata molto interessante, perché, in vista di una serie di requisiti che la Regione sta perfezionando insieme alle forze sindacali per standardizzare la CdS sul territorio, c'è stato un confronto con la parte politica, ma anche tra le diverse visioni delle rappresentanze sindacali.

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi

La Casa della Salute (CdS) non deve essere un nuovo contenitore per vecchi contenuti, ma la garanzia di un accesso più semplice del cittadino ai servizi. È questo, in sintesi, il concetto comune espresso durante il recente confronto sull'argomento presso la Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali dell'Emilia Romagna tra la Regione e le rappresentanze sindacali del settore sanità. Ma le criticità emerse durante il confronto non sono state affatto poche ed hanno fatto emergere la complessità che comporta la standardizzazione delle CdS sul territorio a cui punta la Giunta regionale.

► Un po' di storia

L'idea della CdS parte dalla Spagna e comincia ad affermarsi in Italia nei primi anni del nuovo millennio fino a diventare teorema fondamentale dal 2006 al 2008 dell'allora ministro della Salute Livia Turco nella sua visione del riammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale. La Regione

Emilia Romagna sposa da subito il progetto che, ricordiamo era abbastanza complesso e completo, perché oltre alle caratteristiche odierne si spingeva ad inglobare nelle Case della salute anche una postazione di 118/automedica e la farmacia, quindi la distribuzione diretta dei farmaci. Il governo cadde e il ministro Turco con esso, trascinando nell'oblio la CdS. Spostando l'attenzione dal nazionale al regionale per l'Emilia Romagna l'anno da ricordare è il 2010 quando l'ultimo atto dei 15 anni dell'assessore alle politiche per la salute di Giovanni Bissoni si è connotato con una delibera che determina le caratteristiche strutturali architettoniche della riesumata CdS, descrivendo, di fatto, le caratteristiche di un hardware a cui manca il software per poter funzionare.

► La definizione ministeriale

La Casa della Salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che

erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della Salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e altre ancora di natura sociale. Esse possono essere aggregate in 4 aree principali a diverso grado di complessità essendo la Casa della Salute un modello che si adatta alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

► La rete dei presidi

Se pensiamo ad un livello di assistenza che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'h24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente ma che allo stesso tempo formi una rete di reali presidi territoriali. Questa rete

deve essere in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi ed ubiquitarie equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi; in poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

► Organizzazione territoriale

Se vogliamo progettare un sistema territoriale dobbiamo innanzitutto assicurare una dorsale ospedaliera organizzata in un sistema di reti ospedaliere dove l'ospedale deve essere il riferimento territoriale centrale ad alta specializzazione ed in generale il luogo di cura per i casi acuti. A questo, allineandoci al Ministro potremmo pensare ad un'organizzazione assistenziale divisa funzionalmente in quattro grandi gruppi integrati a livello operativo:

1. Servizi territoriali: sanità pubblica, cure primarie, salute mentale.
2. Cure intermedie: non autosufficienti o assistenza domiciliare o residenziale.
3. Servizi a sostegno della comunità: terzo settore associazioni e *caregivers*.
4. Cure Ospedaliere: problemi sanitari acuti.

► Integrazione reale

Passiamo però ora ad esaminare il settore che ci interessa: le cure primarie. Organizziamo quindi i medici di medicina generale in strutture che chiameremo Case della Salute (CdS) che superino l'organizzazione monoprofessionale e monodisciplinare della medicina di gruppo e che quindi esprimano un apporto multi-

disciplinare con l'ingresso dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale e delle figure specialistiche territoriali ed ospedaliere. A questo punto rendiamo la struttura multiprofessionale aggiungendo le altre professionalità sanitarie con la possibilità di poter usufruire di posti letto territoriali assistenziali, *day hospital* e *light surgery*, e con potenzialità riabilitativa presso quelle strutture che permetteranno per ubicazione ed architettura questo livello di complessità superiore e che daranno vita al capitolo delle dimissioni territoriali. Quindi non manca che inserire il segmento assistenziale sociale e raggiungiamo il traguardo della multisettorialità operativa e funzionale per cui potremmo veramente dire che le CdS diventano, o meglio la rete delle CdS, diventa il centro della risposta territoriale ai bisogni del cittadino.

► Inserimento della CA nel PDTA

Il ruolo che viene a giocare la continuità assistenziale (CA) in questo sistema diventa fondamentale per assicurare l'H24 e per garantire in primis l'urgenza ambulatoriale in analogia con quanto succede nella medicina generale, senza rinunciare tuttavia ad interventi domiciliari che, più che sull'urgenza, dovremmo orientare alla complessità. In questo modo il cittadino trova sempre l'ambulatorio della sua CdS aperto anche nelle ore in cui il suo medico di fiducia non può essere presente. Dobbiamo poi dotare il presidio dei medici di continuità assistenziale (MCA) di una figura infermieristica nuova: l'infermiera di CA altamente specializzata nella risoluzione, in collaborazione con il MCA, di medicazioni ed interventi clinici a bassa intensità.

► Personalizzare l'assistenza

Se riteniamo che il rapporto fiduciario medico paziente debba essere preservato, difeso e potenziato, non cedendo alla tentazione di fidelizzare il cittadino alla struttura, in modo che non prevalga il significato politico su quello assistenziale, bisogna orientarsi alla medicina preventiva e d'iniziativa per arrivare a realizzare una reale personalizzazione dell'assistenza. A questo punto dobbiamo rendere il sistema omogeneo su tutto il territorio organizzandolo come una rete territoriale ricordandoci che sarebbe funzionale al sistema mantenere una certa elasticità progettuale, diversificando l'organizzazione a seconda che si abbia ad operare in contesti mega urbani o sub urbani, oppure in campagna, ma soprattutto dove il servizio oltre che essenziale diventa indispensabile: nelle aree periferiche e montane. In altre parole, le CdS, devono essere strutture fortemente 'quartierizzate' e, conseguentemente, lo deve essere anche il bacino di utenza. Pertanto, ipotizzando il ruolo di accesso unico tra CA e Mmg, non dovrebbe essere possibile un'acquisizione di cittadini extra territorio. Solo in questo modo l'ambulatorio del generalista potrebbe diventare realmente un punto strategico nella gestione del territorio, che potremmo raffigurare come un vero e proprio presidio, il luogo in cui il medico diventa, di fatto, il punto focale di un sistema di servizi socio-sanitari ove sia possibile usufruire anche di tutto ciò che la moderna tecnologia può mettere a disposizione: un polo in cui il medico può tutelare la salute stessa del cittadino, esercitando in quel luogo anche la prevenzione e l'educazione alla salute collaborando anche con gli organismi scolastici.