

# Come e perché le Case della Salute sono diventate un progetto sprecato

In Emilia Romagna, Regione che per prima ha deliberato sulle Case della Salute (CdS), viene licenziata dopo un intero quinquennio un'altra delibera sulle Cds per omogenizzare ciò che ogni Azienda nel proprio ambito territoriale ha realizzato con molta fantasia progettuale. Peccato che nelle CdS ci sia un errore di fondo genomico che le rende ormai obsolete dal punto di vista assistenziale

**Alessandro Chiari**

*Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi*

**S**ul sito del Ministero della Salute si parla della CdS come la sede dove dovrebbero trovare allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e di Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In questo modello le funzioni erogate dalla CdS possono essere molteplici: alcune sono prettamente amministrative, altre sanitarie e altre ancora socio-assistenziali. Esse possono essere suddivise secondo un diverso grado di complessità essendo la Casa della Salute un modello che dovrebbe adattarsi alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

## ► Dalla Spagna con furore

In Emilia Romagna come ultimo atto dei 15 anni dell'assessorato alle politiche per la Salute di **Giovanni Bissoni**, nel 2010, venne pubblicata una delibera che specificava le caratteristiche strutturali architettoniche della Casa della Salute, riesumando quello che ricordiamo essere stato il pilastro fondamentale del teorema

Assistenziale del Ministero della Salute di Livia Turco (2006-2008) nell'ottica del riammodernamento del Ssn. Poi il Governo cadde e la Ministra e la sua CdS si persero nell'oblio. In realtà l'idea della CdS arrivava dalla Spagna e comincia ad affermarsi in Italia nei primi anni del nuovo millennio. La Regione Emilia Romagna adottava da subito il progetto che, ricordiamo, originalmente più complesso e completo, perché oltre alle caratteristiche odierne si spingeva ad inglobare nelle Casa della Salute anche una postazione di 118/automedica e la farmacia, quindi la distribuzione diretta dei farmaci.

## ► Il peccato originale

Per semplificare il disegno di un progetto, che ripetiamo risulta di complessa realizzazione, ma effettivamente caratterizzato da una potenziale efficacia assistenziale alla base di una riprogettata e funzionale rete territoriale, nasce proprio il peccato originale sistemico che il progetto si porta dentro: le medicine di gruppo. 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 altre 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. Invece per facilitare il progetto e probabilmente per farlo digerire ai medici di medicina generale (Mmg) è stato quindi generato l'errore sostanziale delle CdS "all'italiana": costruirle intorno ad una Medicina di Gruppo. Il sistema su cui poggiano le CdS invece hanno realmente bisogno di una "struttura" in cui convergano i bisogni territoriali, ma che, secondo alcune analisi del sindacato che rappresento, non abbiano assolutamente bisogno di una medicina di gruppo per essere assistenzialmente performanti. Al contrario, le

CdS, per essere funzionali, non dovrebbero avere i Mmg al loro interno che invece dovrebbero essere dislocati sul territorio e fare afferire i loro assistiti ad una CdS intesa come struttura territoriale di prestazioni di carattere più complesso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

### ► La presa in carico delle cronicità

I medici di famiglia per fronteggiare gli aumentati costi di gestione si sono sempre di più aggregati in ambulatori comuni allentando la rete dei presidi territoriali che i vecchi ambulatori assicuravano. La medicina di gruppo ha quindi conosciuto una stagione di espansione importante con la creazione di molti ambulatori in cui erano presenti più medici, che si rendevano disponibili anche ai pazienti degli altri colleghi del gruppo, si cercava di garantire (almeno teoricamente) una risposta ai bisogni assistenziali ambulatoriali nell'arco delle dodici ore canoniche dell'attività diurna. In questi ultimi vent'anni il modo di lavorare del medico di medicina generale è fortemente cambiato. Nel sistema sanitario stiamo assistendo ad un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale: il territorio è diventato realmente lo scenario fondamentale nei passaggi di presa in carico dei pazienti.

### ► Medicina di rete da rivalutare

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 punto dobbiamo rendere il siste-

ma omogeneo su tutto il territorio organizzandolo come una rete territoriale supportata da un sistema informatico sostanzialmente univoco per i Mmg con l'adozione un *software* unico almeno a livello regionale.

### ► L'eterogeneità dell'offerta territoriale

Al contrario le Case della Salute come sono state realizzate finora hanno creato un'assoluta disparità assistenziale ai diversi cittadini perché prima di tutto sono state discriminanti verso il medico stesso per aver accettato nel loro interno solo alcuni medici piuttosto che altri, generando quindi a cascata, proprio questa disparità assistenziale anche nei riguardi degli stessi pazienti. La mancanza di risorse economiche quindi impedisce di assicurare a tutti i medici le stesse opportunità organizzative e rende l'assistenza territoriale disomogenea per quei gruppi di pazienti che non hanno la fortuna di afferire ad una medicina di gruppo inserita in una CdS. Inoltre se riteniamo che il rapporto fiduciario medico paziente debba essere preservato, difeso e potenziato, non dobbiamo fidelizzare il cittadino alla struttura, in modo che non prevalga il significato politico su quello assistenziale.

### ► Un sistema altamente autoreferenziale

Il progetto CdS non solo è nato obsoleto, ma la sua realizzazione è stata gravata da ritardi operativi fisiologicamente appartenenti ad un sistema altamente autoreferenziale, tanto che i vari disegni stanno invecchiando, generando una serie di modelli che muoiono appena nati, se non prima di nascere. Il paziente cerca nel medico di famiglia il conforto, il

consiglio necessario, fino ad affidarsi completamente ad esso negli stati estremi di malattia, fino quasi a diventarne dipendente: purtroppo questo rapporto altamente peculiare (vero punto a favore e politicamente forte per i Mmg) non si potrà mai esaurire del tutto nel "medico di turno". A tal riguardo basta considerare il fatto che anche nell'assistenza di secondo livello il cittadino tenta sempre di ri-accedere a quei medici che lo hanno già trattato.

### ► La rete regionale dei Mmg fa la differenza

L'offerta di prestazioni da parte del medico si dovrebbe basare sulla qualità delle risposte e del tempo dedicato al singolo paziente piuttosto che sulla quantità del tempo complessivo che tale medico può mettere a disposizione dell'offerta sanitaria. A tale proposito è necessario sottolineare che è sempre il come a fare la differenza e proprio per questo qualità e tempo dedicato finiscono per essere parametri tendenzialmente incongruenti. I pazienti, inoltre desiderano generalmente la *privacy* e preferirebbero quindi accedere ad ambulatori poco affollati con tempi d'attesa minimali, ma dove il medico gli dedichi quel tempo, qualitativamente necessario, per soddisfarlo dell'assistenza erogata. A questo punto non rimane che riorganizzare il nostro vecchio studio non più solitario, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune in modo di superare l'organizzazione della medicina di gruppo per realizzare una rete regionale dei medici di medicina generale. Concludendo le CdS, così come sono intese ora, sono a mio avviso un progetto abortito che mi ricorda un *hardware* a cui manca il *software* per poter funzionare.