

Riconvertiamo le Case della Salute

Malgrado un errore di fondo, sono convinto che sarebbe ancora possibile riprogettare le CdS, organizzandole sì in una rete di strutture territoriali, ma senza le medicine di gruppo al loro interno. In questo modo potrebbero diventare il sistema *hub and spoke* delle cure primarie, delle strutture di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a cui tutti i Mmg potranno accedere per seguire i propri pazienti in particolari esigenze assistenziali a bassa urgenza

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi

Le Case della Salute (CdS) sono un progetto di ritorno, riesumato dal modello spagnolo, di cui si fece un gran parlare all'alba del nuovo millennio. In quegli anni ogni Congresso che si rispettasse e che avesse come argomento le cure territoriali, ospitava sempre, nel suo programma, una testimonianza della sanità iberica, portando come esempio le Case della Salute (CdS). Aldilà dell'organizzazione di tali carrozzoni congressuali, già obsoleti allora, gli spot sulle CdS risultarono comunque efficaci al punto che il progetto divenne l'emblema del dicastero della Salute dell'allora ministro Livia Turco: uno slogan politico per un futuro più efficiente ed efficace dell'assistenza di primo livello.

A tale proposito ricordo in particolare un evento, organizzato nella mia Regione, nel quale l'intervento sulle CdS del ministro Turco, ormai spenta attrice di un Governo a fine carriera, ebbe il sapore di un testamento politico. Poco dopo il Governo cadde e il ministro e la sua Casa della Salute si persero nell'oblio.

► La mia esperienza

Ma il progetto sbandierato delle CdS si era insediato nei meandri della nostra categoria al punto che, lo confesso, nel 2004 io stesso sono stato un convinto assertore del dotare il territorio di una maggiore capacità diagnostica, terapeutica e riabilitativa, spostando sul territorio tutta quella tecnologia che potesse aumentare il presidio clinico rappresentato dalla cure primarie, in particolare quello relativo ai medici di famiglia (Mmg) e ai medici di continuità assistenziale (MCA). Per questo motivo firmai l'Accordo Regionale del 2006 per la MG dell'Emilia Romagna a cui avevo lavorato in prima persona nella progettazione. Così noi medici delle cure primarie investimmo in tecnologia informatizzata con il disegno ambizioso di creare una dorsale informatizzata comune, meglio nota come "Progetto Sole", che si è rivelata di importanza fondamentale nell'assistenza sanitaria regionale.

Anche il fenomeno della medicina di gruppo apparve allora interessante perché permetteva all'uten-

te un accesso aperto in ambulatorio e ai medici del gruppo dava più ampie e migliori possibilità organizzative assistenziali, con annesso risparmio sui costi produttivi.

► 2010 anno cruciale

Nel 2010, venne pubblicata, in Emilia Romagna una delibera sulle caratteristiche strutturali-architettoniche della CdS, riesumando in un qualche modo il progetto Turco. Le Case della Salute, concepite per essere strutture di riferimento per i cittadini, sarebbero dovute diventare il punto di erogazione dei nuovi presidi socio-sanitari, dove i servizi di assistenza primaria territoriale si integravano con quelli specialistici, ospedalieri, e con l'assistenza socio-sanitaria. Quindi, nella visione originale, le CdS sarebbero state il punto di accesso unico, dove si sarebbe realizzato un maggiore coordinamento tra gli operatori sanitari e una più efficace integrazione dei servizi, per assicurare una risposta più vicina ai bisogni della popolazione, durante tutto l'arco della giornata.

Le CdS avrebbero quindi dovuto essere organizzate intorno alla figura del medico di medicina generale, associato nella medicina di gruppo (e questo fu l'errore). Nella struttura sarebbero dovuti essere presenti: gli infermieri dei servizi domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il Cup, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione cardiovascolare, quelli dell'area della salute mentale e dipendenze e i medici di guardia.

L'obiettivo del progetto era quello di migliorare la continuità dell'assistenza e l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, in funzione della riorganizzazione dei servizi territoriali. Le linee guida regionali (delibera di Giunta 291/2010), individuarono, sulla base dei servizi presenti in un territorio e del bacino di popolazione di riferimento, tre tipologie: 1. la Casa della Salute "piccola" che avrebbe garantito assistenza di medicina generale per le ore diurne, assistenza infermieristica, attività di Consultorio di primo livello con la presenza dell'ostetrica, in cui inoltre sarebbe stato presente l'ufficio di coordinamento cure domiciliari, l'assistenza sociale, il Cup per la prenotazione di visite ed esami; 2. la CdS "media" con anche la presenza di specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, l'ambulatorio pediatrico, gli ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione; ed eventuale presenza di palestra per riabilitazione; 3. la CdS "grande" che avrebbe erogato tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale, assicurando risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero.

► Un progetto spuntato

Secondo quelle linee guida tutte le medicine di gruppo sarebbero state assorbite nelle CdS, ma le risorse non erano abbastanza per attuare ciò.

Il risultato è sotto gli occhi di tutti: le CdS sono state realizzate finora, a macchia di leopardo e con notevoli disparità assistenziali, che hanno reso differenti i livelli di assistenza territoriale erogati alla popolazione residente. La presenza o meno delle medicine di gruppo nella CdS ha creato una disomogeneità nell'erogazione dell'assistenza. Stando così le cose, la discriminazione che ne risulta colpisce sia i medici sia i cittadini.

La mancanza di risorse economiche ha impedito di assicurare a tutti i medici le stesse opportunità organizzative e ha reso 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. Infine si è creato malcontento tra i colleghi perché non si è tuttora capito il criterio per cui si siano scelti gruppi di medici piuttosto che altri. Alla prova dei fatti ha prevalso comunque il significato politico delle CdS piuttosto che quello assistenziale.

► Correggere il tiro: riconvertire

Non potendo garantire la presenza delle medicine di gruppo in tutte le CdS sarebbe opportuno organizzarle fuori dalle Case della Salute in una rete di presidi territoriali in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi, ubiquitarie, equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi. 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. I medici di medicina generale dislocati sul territorio sia quelli organizzati *stand alone* che in medicine di gruppo dovrebbero fare afferire i loro assistiti verso una CdS, intesa come struttura territoriale di prestazioni di carattere più complesso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

La CdS potrebbe essere sfruttata dai Mmg anche come una struttura di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a cui i medici di medicina generale possono accedere per seguire i propri pazienti con particolari esigenze assistenziali a bassa urgenza.

► La cartella informatizzata unica regionale: la chance

L'Emilia Romagna ha realizzato una cartella informatica unica regionale: il prodotto è stato testato negli anni e si è dimostrato valido. Attualmente possiamo contare su di una dorsale informatizzata che permette al sistema dei dati sanitari di incrociarsi, interagire, di essere quindi realmente funzionale. Questo interscambio in tempo reale di dati e informazioni rappresenta una chance importantissima per riconvertire le CdS.

Le Case della Salute possono tornare ad essere un punto di riferimento importante per l'assistenza sul territorio, potrebbero diventare il sistema *hub and spoke* delle cure primarie, a patto che le medicine di gruppo non ne facciano più parte e siano organizzate in una rete di presidi territoriali.