

Dalle Case della Salute al miraggio delle Case di Comunità

Il territorio rischia una deriva verso l'ospedalizzazione forzata, inseguendo modelli burocratici nati già vecchi. Tra *slogan* politici e demagogia dell'*hardware*, la sfida per il futuro non si vince con le mura, ma restituendo centralità clinica al medico di famiglia e proteggendo il rapporto di fiducia con il paziente

Alessandro Chiari - Segretario Fismu Emilia Romagna

Il sistema delle cure primarie si trova oggi davanti a un bivio decisivo. Malgrado l'errore di fondo rappresentato da una nuova convenzione e da un contratto guida, come quello emiliano-romagnolo, che sembrano privilegiare la struttura burocratica rispetto alla funzione clinica, sarebbe ancora possibile salvare la Medicina generale dalla deriva di una progressiva e inesorabile ospedalizzazione.

Ma come è possibile invertire questa rotta? La risposta, per quanto possa apparire provocatoria, risiede nella capacità di tornare indietro, o meglio, di rimettere i piedi su un terreno che conosciamo bene e che abbiamo smarrito nel nome dell'efficienzismo gestionale. Il limite invalicabile dell'attuale visione politica è la sua cronica anacronisticità: ci troviamo di fronte a un progetto - articolato tra Case di Comunità, Osco, Aft e Ruolo unico - che punta tutto sullo "spettacolo" architettonico e sulla centralizzazione, ma nasce irrimediabilmente fuori tempo massimo.

Parliamo di un modello che accusa un ritardo di almeno quindici anni rispetto alle reali mutazioni dei bisogni di salute dei nostri pazienti. Quando un progetto strut-

turale vede la luce essendo già concettualmente vecchio, non si può attendere il collaudo per certificarne l'inefficacia: sorge l'esigenza impellente di correggerlo da subito, prima che le mura delle nuove strutture diventino il recinto di una professione svuotata della sua missione primaria e della sua autonomia.

Dalle CdS alle CdC

La Casa della Salute (CdS), rispolverata con un leggero *lifting* per diventare Casa di Comunità (CdC), è un vecchio 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 trattasse di cure territoriali ospitava una testimonianza della sanità iberica: c'era sempre un qualche collega catalano che ci raccontava la magnifica efficienza clinico-operativa dello strabiliante oggetto. Al di là dell'organizzazione di tali "carrozze" congressuali, già obsoleti allora, questi *spot* sulle Cds risultavano comunque efficaci. Da qui il passaggio del progetto a *slogan* politico, utilizzato della ministra Turco, fu breve: ricordo come

questa regione avesse ospitato un evento bolognese nel quale l'intervento di una Turco, ormai spenta attrice di un Governo a fine carriera, assomigliasse più a un testamento politico-sanitario che a un progetto. Poi il Governo cadde e la ministra e la sua Cds si persero nell'oblio.

Il limite della medicina di gruppo

Nel 2010 venne pubblicata in Emilia Romagna una delibera che specificava le caratteristiche strutturali architettoniche della Cds, riesumando in qualche modo parti del 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 integrano con quelli specialistici, ospedalieri, della sanità pubblica, della salute mentale e con i servizi sociali.

Nella visione originale, le Cds sarebbero state il punto di accesso unico, volto a realizzare un maggiore coordinamento tra gli operatori e una più efficace integrazione dei servizi, per assicurare una ri-



sposta vicina ai bisogni della popolazione durante tutto l'arco della giornata. La Cds avrebbe dovuto essere organizzata intorno alla figura del medico di medicina generale associato nella medicina di gruppo (e questo fu l'errore), insieme agli infermieri domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il Cup, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico, i servizi di igiene pubblica e la continuità assistenziale. L'errore strategico è stato confondere l'aggregazione funzionale con quella fisica: si è pensato che concentrare i medici in grandi *hub* potesse risolvere i problemi di accesso, ma si è finito per burocratizzare il rapporto clinico. La medicina di gruppo, nata per migliorare l'offerta, si è spesso trasformata in un filtro impersonale, dove il paziente fatica a trovare il proprio referente, smarrito tra corridoi e procedure standardizzate che poco hanno a che fare con la cura del cronico.

Tecnologia e presidio clinico

Investimmo poi in tecnologia con il disegno ambizioso di creare una dorsale informatizzata comune ai Mmg, meglio nota come "Progetto Sole", rivelatasi fondamentale per l'assistenza regionale attraverso le medicine in rete. Anche la medicina di gruppo apparve allora interessante, poiché permetteva all'utente l'accesso a un Mmg associato anche in assenza del proprio medico, risparmiando sui costi produttivi senza perdere il riferimento centrale del rapporto medico-paziente. Allora ipotizzai la rete delle Cds per evitare che fossero strutture isolate a "macchia di leopardo". Oggi però assistiamo a un paradosso: abbiamo gli strumenti digitali, ma non abbiamo il tempo clinico per utilizzarli. Il sistema è sovraccarico di adempimenti che

nulla aggiungono alla salute del cittadino. Per organizzare una rete di presidi territoriali efficace, questa dovrebbe assicurare livelli assistenziali essenziali, uniformi, ubiquitari e fruibili in tempi rapidi. La qualità dell'assistenza deve essere la stessa su tutto il territorio, offrendo a ogni paziente le medesime opportunità assistenziali indipendentemente da dove viva. Intorno al 2004, ero io stesso un convinto assertore del dotare il territorio di una maggiore capacità diagnostico-terapeutica, spostando sulle cure primarie - e in particolare sul ruolo unico tra Mmg e Mca - la tecnologia necessaria ad aumentare il presidio clinico. In una vecchia intervista, anche il **Ministro della Salute Orazio Schillaci** annunciava un cambiamento epocale, includendo nel ruolo unico non solo il medico di famiglia, ma anche lo specialista ambulatoriale e il medico di continuità assistenziale. Tuttavia, senza un investimento reale sulle risorse umane, il rischio è che il ruolo unico diventi solo un modo per coprire i buchi di organico.

I rischi

Il panorama che si sta delineando porta con sé tre insidie fondamentali che rischiano di scardinare l'essenza stessa della nostra professione:

- 1 la perdita del peculiare rapporto medico-paziente;
- 2 la scomparsa degli ambulatori medici di quartiere;
- 3 la trasformazione del territorio in un grande "ospedale territorializzato".

Le risposte sbagliate nascono quando esistono necessità immaginarie da soddisfare; è su queste basi che nascono gli *slogan* ideologici

e la demagogia, dove si preferisce l'*hardware* (le mura delle Case di Comunità) al *software* (il Mmg). Si costruiscono cattedrali nel deserto mentre gli studi di prossimità chiudono, lasciando i quartieri e le zone periferiche privi di un presidio sociale fondamentale.

Per fermarsi bisognerebbe cambiare idea: una condizione mentale che dimostra intelligenza, perché comporta dubbi su posizioni intraprese in passato dettate da particolari convinzioni del momento, portando a una nuova prospettiva e a un nuovo progetto che rimetta al centro la persona e non il mattone.

L'insidia dell'Intelligenza artificiale

In questo costrutto si prevede anche una grande partecipazione dell'Intelligenza artificiale (IA). In accordo con autorevoli autori, pensiamo che l'IA stia generando gruppi contrari al suo impiego senza regole globali condivise. Soprattutto nella medicina generale, vediamo l'IA escludere progressivamente la figura del medico territoriale. Se l'algoritmo diventa il decisore ultimo, la medicina perde la sua anima empatica e interpretativa.

Mentre le grandi aziende costruiscono un futuro in sinergia con la tecnologia, crescono le perplessità sui reali benefici decantati da un utilizzo massiccio dell'Intelligenza artificiale applicato alla salute. Il rischio è una "diagnostica automatizzata" che ignora il contesto sociale e psicologico del paziente, riducendo la sofferenza a un dato numerico da processare. Solo la mediazione del medico può impedire che la tecnologia diventi una barriera anziché un ponte.