

5 APRILE 2007

Milano - STEFANO DI MARZIO

Livia Turco svela i cardini del suo progetto che rivoluziona le cure primarie

Case della salute al via

Permangono alcune ambiguità circa l'obbligo o meno per il medico di famiglia di entrare nella struttura
Il governo non sembra imporre l'adesione ma piuttosto lo studio associato

IL MINISTRO NEGLI STUDI

Il ministro non vuole inventare nulla. Nel nome, nella missione, nella struttura, nella gamma delle prestazioni erogate dalle case della salute, riecheggiano altre esperienze - più o meno collaudate - in Italia come all'estero. Dalle *maisons médicales* belghe alle Utap di Zugliano, in provincia di Vicenza; dai nuclei di cure primarie emiliani agli ospedali di comunità inventati sull'appenino romagnolo; dalle forme di associazionismo della Basilicata alle società della salute sperimentate (non senza difficoltà) ormai da alcuni anni in Toscana. Non è un caso che per questa primavera Livia Turco ha appena annunciato che intende mettersi in viaggio "nella medicina del territorio che c'è", ovvero andando a esplorare luoghi e situazioni, parlando con medici operatori e cittadini, per capire perché funziona quello che funziona sul territorio e cosa invece manca ancora per costruire davvero l'alternativa all'ospedale (obiettivo, questo, tra i principali che s'è dato il suo dicastero e tutto il centro sinistra). Forse capiterà che il ministro visiti a sorpresa gli ambulatori dei medici di famiglia: con ogni probabilità sarebbe la prima volta per un uomo di governo. Normalmente, alla porta, bussa la Guardia di finanza.



Livia Turco

Adi, Rsa ecc.) si comincia con l'area del Cup, del segretariato sociale e del coordinamento con le farmacie e si prosegue con quella dei servizi più propriamente sanitari. Questi sono: 1- il servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni (qui afferisce un punto di soccorso mobile 118 con personale medico a bordo H24); 2- l'ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze (diurno e per codici bianchi); 3- l'ambulatorio dei medici di medicina generale (studi personali con sale di attesa, segreteria, diagnostica, archivio informatizzato,

collegamenti telematici ecc.); 4- continuità assistenziale (sette giorni su sette, H24, coordinamento tra medici di famiglia e infermieri "oggi praticamente assente"); 5- ambulatorio infermieristico (insieme ai medici di famiglia gli infermieri organizzano Adi, consultori, centri diurni, Rsa, ospedale di comunità, Unità di valutazione multidimensionale ecc.); 6- degenze territoriali (ospedale di comunità H24 con medici di famiglia e altri operatori per pazienti a bassa complessità ma che non possono essere seguiti al domicilio); 7- attività specialistiche (ambulatori con orari e giorni calendarizzati secondo necessità, gestiti da medici convenzionati o anche da ospedalieri); 8- tecnologie diagnostiche semplici (rx, ecg, mammografie, spirometrie, prove da sforzo ecodoppler) anche da portare al domicilio.

Le case della salute si faranno. Dove, quando e quante ancora non si sa, ma "come" è già abbastanza chiaro. Pur procedendo con i piedi di piombo e continuando a parlare piuttosto di "modello" di riorganizzazione della medicina territoriale e "proposta di sperimentazione", il ministro della Salute Livia Turco ha già definito i cardini di qualcosa che sempre più assomiglia a uno standard su cui basare "il secondo pilastro" dell'assistenza pubblica. A tale standard, se non proprio uniformarsi, occorrerà quantomeno fare l'abitudine: che piaccia o no, sarà dibattuto e negoziato ma difficilmente sconfessato da questo governo.

La Turco ha descritto il progetto nel corso di un convegno che si è tenuto a Roma il 22 marzo scorso. Prima di entrare nel merito, va detto subito che a leggere le ventidue pagine firmate di proprio pugno dal ministro, il medico di medicina generale non dovrebbe obbligatoriamente avere il proprio ambulatorio dentro la casa della salute. Ma le ambiguità non mancano. A pagina dieci è scritto testualmente che all'interno della casa della salute sorgeranno sì ambulatori di medicina generale, ma saranno visti più come «sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale».

È scritto anche che vi risiederanno solo quei medici e quei pediatri che lo desiderino e che «non è obbligatorio» il trasferimento dello studio da parte dei professionisti dell'area di riferimento.

Tuttavia, qualche pagina prima, si legge anche che nella casa della salute «i medici di base eleggeranno il proprio studio associato». A parte l'uso del tempo futuro e non del

condizionale, fa riflettere il fatto che si dia per scontato (obbligatorio?) che un medico abbia uno studio associato. (In proposito si veda anche l'articolo a pagina 2).

La Turco aggiunge anche che la struttura «dovrebbe essere preferibilmente la sede unica (sic!) dei servizi e degli operatori». Tra le eccezioni previste che potranno conservare una sede diversa, figurano quelle attività «caratterizzate da una sufficiente autonomia di gestione» quali per esempio Residenze sanitarie assistenziali e Hospice. Non gli studi dei medici di famiglia, dunque, di quelli non si parla. Il ministro però ribadisce che dentro la casa della salute «l'organizzazione dipartimentale delle attività salvaguarda l'autonomia professionale di ogni medico di famiglia e pediatra di libera scelta e garantisce, allo stesso tempo, tutte quelle possibilità di scambio, di informazione, di consulenza, di lavoro comune, di aggiornamento che consentono di disporre sul territorio di un'équipe interdisciplinare che si faccia carico della cura delle persone e, insieme,

della salute della comunità». Un modo per indorare la pillola? Una circostanza che di fatto potrà imporre al medico l'adesione al modello, deriva dalla capillarizzazione di quest'ultimo sul territorio, così

come appena prefigurato dal documento Turco. Infatti, se mesi fa si parlava di una casa della salute ogni 25 mila abitanti, oggi il rapporto ipotizzato è di una ogni 5-10 mila. Va da sé che un ambulatorio singolo, "accerchiato" nella propria area da più strutture polivalenti, avrebbe ben poco senso e futuro.

Ma cos'è - una volta per tutte - la casa della salute?

Il documento del ministro Turco smentisce in buona parte ciò che aveva detto qualche settimana fa a *Corriere Medico* il segretario nazionale della Fimmg Giacomo Milillo: cioè che fosse un luogo pensato quasi esclusivamente per i fragili (anziani e pensionati su tutti), con una connotazione più sociale che sanitaria e pertanto di non grandissimo coinvolgimento e interesse per il medico di famiglia. La Turco pensa invece alla casa della salute come al posto in cui un pool di operatori risponde ai bisogni di salute dei cittadini, laddove alla parola salute s'addice un vantaggio di significati il più ampio possibile. Le parole chiave che definiscono la vocazione della

nascente struttura sono dieci: centralità del cittadino; riconoscibilità; accessibilità; unitarietà; integrazione; semplificazione; appropriatezza; efficacia; punto di riferimento della rete; autorevolezza e affidabilità. Molte di queste sono intuitive, per altre vale forse la pena spendere qualche parola. Riconoscibilità, ad esempio, significa che il governo pensa proprio ad un luogo fisico - magari recuperato da qualche ospedale riconvertito o ritagliato nei locali di un distretto - ove si eserciti la presa in carico e la continuità assistenziale. Per accessibilità ci si riferisce invece, oltre all'abbattimento di barriere architettoniche, all'implementazione di soluzioni informatiche che consentano prenotazioni, ritorno di referti, condivisione di cartelle cliniche ecc. Unitarietà è la parola magica secondo cui in questo luogo, finalmente, si concentreranno i servizi dispersi sul territorio. Dopodiché non si capisce la necessità di ipotizzare la casa della salute quale punto di riferimento della rete dei servizi. Sono unificati o no? E se lo sono di quale rete si parla?

Circa le cose che una casa della salute deve fare (della presa in carico e della continuità delle cure s'è già detto, s'aggiungono almeno la prevenzione e l'Adi), il modo migliore per capirlo è analizzare l'articolazione delle aree presenti al suo interno. Escludendo l'area dei servizi socio-sanitari (es. Sert e servizio di salute mentale,

Si pensa di far nascere un centro ogni 5-10 mila abitanti

La struttura accoglierà tutti i pazienti non soltanto i più fragili