

LA CASA DI COMUNITÀ (CdC) E L'OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC) SONO STRUMENTI CHE POSSONO SALVARE IL SSR/SSN

GIROLAMO SIRCHIA

LA NOSTRA PROPOSTA

I. LA CASA DI COMUNITÀ (CdC)

PREMESSA

Fin dal lontano passato quella ospedaliera era la forma preminente di assistenza sanitaria, ma si trattava di assistenza caritatevole nei confronti di soggetti poveri e di pellegrini e si basava soprattutto sull'igiene personale e sulla buona alimentazione.

Le cose sono cambiate in Italia solo negli anni '70 del secolo scorso, quando l'assistenza sanitaria è passata da atto di carità a impegno di una società più evoluta verso tutti i suoi componenti, fino a diventare un diritto costituzionale. In questo mezzo secolo sono intervenuti anche altri interventi epocali della società: il progressivo invecchiamento della popolazione con la crescita di malattie croniche di lunga durata e l'esplosione delle conoscenze scientifiche e dei farmaci finalizzati a curare tali patologie croniche da invecchiamento con i relativi costi ha reso insostenibile un Servizio Sanitario pensato prevalentemente per assistere malattie acute con un servizio universale.

Oggi 2/3 del Fondo Sanitario Nazionale vengono assorbiti da meno di 1/3 della popolazione (quella con più di 65 anni). Le difficoltà economiche del Paese e gli impegni internazionali hanno causato per 15 anni un sottofinanziamento del nostro SSN che ne pregiudica seriamente il funzionamento e l'esistenza.

LA NOSTRA PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO

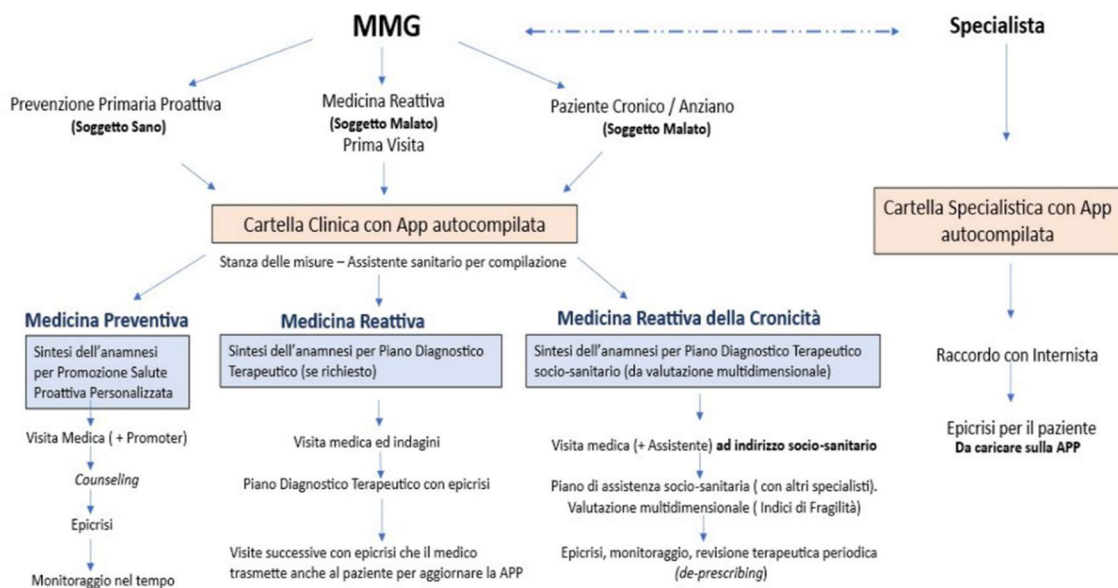
In accordo con molti organismi autorevoli riteniamo che il rimedio più efficace a questo grave disservizio e in particolare al razionamento attuato con liste di attesa troppo lunghe e costi personali elevati, sia costituito dal potenziamento molto significativo della prevenzione primaria e dalla promozione della salute, capaci di frenare significativamente la crescita delle malattie croniche invalidanti, tramite il potenziamento della medicina di prossimità e del personale che vi opera. Strumento molto efficace è in vari Paesi evoluti l'istituzione delle cosiddette Case della Salute o Case di Comunità e i connessi Ospedali di Comunità.

La Casa di Comunità non risponde a requisiti uniformi nei vari contesti, ma si adatta ai bisogni della comunità che serve. In Italia sono state realizzate con i fondi del PNRR le strutture, ma purtroppo non

sono disponibili fondi adeguati per la gestione corrente e per il personale e il funzionamento è normato parzialmente dal DM 77/2022. Noi crediamo che la Casa di Comunità debba prevedere la presenza dei MMG per 12 ore al giorno per ricevere i propri assistiti, il loro lavoro in squadra con specialisti ambulatoriali per consultazione sul paziente e la collaborazione con gli assistenti sociali, così da soddisfare almeno 3 tipi di utenze e relative funzioni:

- 1) la promozione della salute nei soggetti sani
- 2) la cura e l'eventuale monitoraggio di patologie acute
- 3) la presa in carico dei soggetti cronici. La Fig. 1 si propone di illustrare queste 3 attività.

CASA DI COMUNITA' – OPERATIVITA' CLINICA E ORGANIZZAZIONE



Schematicamente il lavoro del Medico di Medicina Generale (MMG) e della sua squadra si svolge in tre principali ambiti (Figura).

1) **Prevenzione Primaria e Promozione della Salute Proattiva Personalizzata**, rivolta a persone apparentemente sane (e quindi senza segni di malattie acute o croniche), di età adulta, tesa a valutare se esistono fattori di rischio più o meno gravi di sviluppare nei futuri 10 anni patologie croniche maggiori e invalidanti. La compilazione dell'App, anamnesi già consente attraverso l'albero genealogico, gli stili di vita e determinanti socio-economici e ambientali di inquadrare il soggetto, avvalendosi anche di una sintesi che utilizzi e dia un peso ad eventuali malattie presenti nella famiglia, a stili di vita non salutari, all'età e ai parametri dell'esame obiettivo generale. Se il rischio è elevato e la visita medica non rileva già una malattia in atto il soggetto verrà inserito in un programma di counseling e di monitoraggio proattivo e ad eventuali prescrizioni sociali o farmaceutiche o ad indagini strumentali. Il percorso di inquadramento del soggetto potrà giovare di un Promoter, ossia di un Assistente del MMG a ciò preparato.

2) **Medicina Reattiva Tradizionale**. Per la prima visita il MMG avrà a disposizione un'anamnesi più accurata e più completa di quella oggi raccolta durante la visita, che egli leggerà in breve tempo e potrà approfondire con ulteriori domande e/o indagini. Molti MMG non avranno bisogno di una sintesi dell'anamnesi, necessariamente meno ricca. Basterà al più un eventuale sostegno alle decisioni. La maggior parte dei pazienti peraltro già dispone di indagini strumentali e di laboratorio e di un orientamento diagnostico, di cui il MMG potrà avvalersi. Il tempo risparmiato sarà utilizzato per la visita medica e la comunicazione con il paziente, indispensabile per aumentare l'efficacia dell'incontro e il gradimento del paziente. Se la malattia non sarà acuta e transitoria, ma già cronica, il paziente verrà inserito in un Registro di Monitoraggio, anche dopo che il MMG si sia consultato con uno o più specialisti, o inviato ad un ricovero ospedaliero.

3) **Medicina del paziente cronico**. Si tratta per lo più di malati cronici e/o anziani per i quali il Medico è chiamato ad una prestazione socio-sanitaria, dato che ai problemi medici si associano spesso problemi sociali. Il MMG opererà quindi con altri specialisti per effettuare una valutazione multidimensionale e redigere un Piano Individuale che contempli sia aspetti medici che sanitario-assistenziali. Il MMG opererà quindi con una apposita squadra, ma il suo compito sarà fondamentale per la prescrizione e soprattutto la de-prescrizione farmaceutica: sappiamo che in questo paziente l'assunzione di farmaci molteplici può risultare nociva ed è causa di una non indifferente patologia e di ricovero ospedaliero. Va infine ricordato che la Medicina Generale nella Casa di Comunità, oltre ai numerosi vantaggi riportati più oltre, avrà il grande vantaggio di poter contare su Ospedali di Comunità, che dovranno essere gestiti da MMG con la collaborazione di una squadra multidisciplinare e multispecialista, capace di assicurare al paziente (incluso quello cronico) cure adeguate e tempi di osservazione più lunghi, utili per le dimissioni protette e per la somministrazione dei farmaci in accordo con l'ospedale per acuti.

In aggiunta a queste attività affidate ai MMG e gestita da loro singolarmente o in modo associato la Casa di Comunità dovrebbe assolvere al compito di incontrare e curare tutte quelle persone che in grandi Centri urbani entrano ogni giorno in città per lavoro o per turismo e che a Milano ammontano ad oltre 700.000 persone al giorno. Si tratta di quell'attività che veniva assolta un tempo dalla vecchia Guardia Medica e che comprende ad esempio la piccola chirurgia, l'odontoiatria e tutte le attività urgenti (ma non di emergenza) atte a sgravare i DEA da compiti che non sono loro propri (cosiddetti codici bianchi e gialli), ma anche il trattamento di immigrati, malati mentali, persone senza casa, drogati e alcolizzati, ecc.

Non tutte le Case di Comunità devono svolgere questa funzione di urgenza, che dovrebbe essere svolta con personale specializzato collegato ai DEA e alla rete di strutture territoriali esistenti (RSA, Dipartimenti di Salute Mentale, di Prevenzione, ecc.). Altre Case di Comunità si rivolgeranno ad altra utenza per altre funzioni (ginecologia, medicina del lavoro, tossicologia, ecc.), ma tutte dovrebbero riservare un settore di specialisti diversi dalla Medicina Generale per sostenere un'efficace attività di servizio che oggi non riescono ad essere sufficienti ai bisogni della popolazione.

Solo così crediamo si possa servire davvero la comunità nel territorio e rispondere ad annosi problemi mai risolti.

II. L'OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)

L'OdC può diventare un presidio innovativo capace di risolvere molti problemi della sanità che oggi ci assillano. Vediamo cosa può diventare:

- 1) Un presidio di ricovero territoriale integrato con uno o più Ospedali per acuti da un lato e con una o più Case di Comunità dall'altro. Oggi gli Ospedali per acuti devono dimettere i pazienti appena possibile per assicurare un turn over rapido e ridurre le liste di attesa. Spesso serve loro una **dimissione protetta** dei pazienti più impegnativi per una ripresa funzionale assistita. Un rapporto bilaterale dell'OdC con un Ospedale per acuti da un lato [ad esempio l'Istituto dei Tumori (INT) o l'Ospedale Niguarda o l'Ospedale Maggiore Policlinico]] e con la Casa di Comunità integrerebbe i tre tipi di strutture, offrendo vantaggi a tutti e tre.
L'Ospedale di Comunità insieme alla Casa di Comunità e i suoi Ambulatori potrebbe svolgere alcune funzioni dell'INT (chemioterapia, controlli periodici, ecc.) in accordo e collaborazione con l'INT stesso e con consulenza dell'INT tramite suo personale
- 2) Automaticamente il personale dell'OdC e collegata Casa di Comunità può assumere **un ruolo maggiore, motivarsi e aggiornarsi** più facilmente
- 3) L'OdC perde l'immagine deleteria di un parcheggio di pazienti di serie B e si inserisce alla pari con gli Ospedali per acuti e gli IRCCS anche nell'opinione pubblica e nell'attrattività del personale
- 4) L'OdC deve avere suo **personale stabile** e quindi Specialisti di Medicina Interna Generale di preparazione universitaria analoga a quella di tutte le altre specialità, e ciò deve valere anche per gli specialisti territoriali che operano nella rete CdC + OdC + Ospedali per acuti (contratto unico?). Questo personale medico deve prevedere posizioni di Primario, Aiuto e Assistente Territoriale, del tutto analoghe a quelle ospedaliere. E' fondamentale inoltre che i Primari

Territoriali e anche il vertice infermieristico possano accedere a posizioni accademiche con cattedre di insegnamento e attività di ricerca.

- 5) L'OdC dovrebbe aprirsi agli studenti degli ultimi anni di Medicina e lauree infermieristiche per frequentazione volontaria, indispensabile per imparare il mestiere come è sempre stato in passato. Anche il volontariato laico può trovare motivazione a frequentare questo contesto. Utile agli studenti più volenterosi e motivati per iniziare le loro carriere, ma anche ai pazienti che vedono personale in camice con cui rapportarsi invece dello squallido deserto dei reparti odierni. La comunità servita dovrebbe anche essere stimolata a sostenere borse di studio intestate a Mecenati o al loro ricordo. Anche alcuni progetti di ricerca guidati da Università e IRCCS potrebbero riservare finanziamenti per questo lavoro volontario.
- 6) Questo nuovo **Polo Sanitario** (CdC + OdC + Ospedale per acuti) potrebbe anche estendersi ad altre strutture territoriali (specie RSA) per garantire una migliore qualità di assistenza e preparazione del personale di assistenza.
- 7) Il Progetto Pilota più sopra illustrato potrebbe essere governato all'inizio da ASST Fatebenefratelli Sacco (Regione), Università Statale di Milano, INT, Fondazione Il Sangue (Consiglio di Gestione) che riporta agli Enti di riferimento
- 8) S potrebbe aprire le corsie anche a medici in pensione che volontariamente vogliono prestare servizio per il piacere e la soddisfazione di essere parte del meraviglioso mondo della Medicina come un tempo
- 9) Se il Progetto Pilota di tipo sperimentale da buoni risultati la sanità potrebbe fare un balzo in avanti in termini di maggiore accesso ai servizi dei pazienti e riduzione delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, day-hospital e ricoveri (migliore integrazione Ospedale-Territorio, valorizzazione della Medicina Interna Generale, prestigio universitario, maggiore possibilità di didattica agli studenti del corso di laurea in Medicina, Scienze Infermieristiche, Psicologia, motivazione e aggiornamento del personale anche tramite una prospettiva di carriera, maggiore spazio per i volontari e i Mecenati della comunità, maggiore coinvolgimento della comunità, riduzione del malcontento e dei disservizi che squalificano il SSN, soddisfazione e positività per tutti gli attori, grande prestigio per la politica regionale che lo ha pensato e realizzato. In una parola ci attendiamo un vantaggio per tutti: Istituzioni, pazienti, personale sanitario, comunità, volontari e Mecenati, una nuova prospettiva per la nostra sanità e per tutti noi.