

Schema ragionato della Casa di Comunità

I seguenti fatti hanno generato e rafforzato in me la convinzione che le **Case della Salute** (o di Comunità- **CdC**) siano un presidio fondamentale del **SSN**, indispensabile per la sua sostenibilità.

1. Primi anni 2000

1.1 Viene pubblicato su **JAMA** il **Chronic Care Model**.

Il paziente cronico non ha bisogno solo del **Medico di Medicina Interna Generale (MMG)** ma di un team sanitario e socio-sanitario che lo prenda in carico e ne definisca un **programma assistenziale individuale (PAI)** con servizi sociali oltre che sanitari, da aggiornare ogni anno.

1.2 Il MMG che opera da solo nel suo studio non può garantire un accesso ininterrotto (o almeno diurno).

È necessario che più MMG lavorino insieme e accedano alla cartella del paziente così da assicurare continuità di accesso. In alternativa il paziente che ha necessità è costretto a rivolgersi al **DEA**.

1.3 Il **MMG da solo** non può offrire una prestazione professionale come quella ospedaliera, perché gli mancano i dati strumentali (ECG, radiografie, ecografie...) e di laboratorio e il parere di altri specialisti con cui confrontarsi.

Nelle **Case di Comunità**, tutto ciò è possibile con grandi vantaggi per il paziente e per il medico stesso.

Le Case di Comunità oggi dovrebbero prevedere obbligatoriamente questi servizi (vedi schema Allegato 1). Non è necessario che tutti i servizi sanitari siano presenti in tutte le Case di Comunità; si può organizzare una rete tra Case di Comunità in modo strategico per assicurare tutti i servizi necessari al territorio.

1.4 In Italia è da molto tempo in atto un progressivo invecchiamento della popolazione. Oggi un neonato ha un'attesa di vita di circa 84 anni, ma l'ultimo decennio della vita è caratterizzato da un elevato rischio di sviluppare malattie croniche invalidanti (patologie cardiovascolari e polmonari, tumori, dismetabolismi lipidico e glucidico, patologie osteoarticolari) e ciò comporta che la durata della vita in buona salute (Healt Span) sia molto inferiore alla durata della vita (Life Span) e soprattutto non tenda a crescere per mancanza di un programma nazionale di prevenzione primaria e di promozione della salute basato principalmente sul miglioramento degli stili di vita non salutari (fumo, alcol, alimentazione scorretta, insufficiente attività motoria e attività cognitivo culturale), che sono causa molto rilevante del fenomeno e che comportano costi sanitari assai elevati. La letteratura scientifica è unanime nell'attribuire alle cure territoriali, accanto alla medicina interna reattiva di tipo tradizionale (che si attiva su richiesta di chi chiede aiuto al medico per ripristinare la salute) e alle cure dei pazienti cronici, anche la Prevenzione Primaria Proattiva Personalizzata e la Promozione della Salute. Quest'area è in particolare quella che Fondazione Il Sangue privilegia statutariamente ed è trattata ampiamente nella sua recente pubblicazione (Rendiconto attività - Allegato 2).

1.5 Tra le specialità indispensabili alla Casa di Comunità annovero un presidio di Pronto Soccorso semplice per l'Urgenza (non Emergenza) comprensivo di piccola chirurgia analogo all'UTC inglese (Urgent Treatment Centre) o Walk-in Centre, creato a Londra nel 2009 da Lord Ara Darzi. A questo si può accedere senza prenotazione e il medico può valutare se il paziente è trattabile in loco o debba essere trasferito a un Dea di riferimento con esso collegato. Questa struttura d'urgenza e gli ambulatori specialistici presenti nella Casa di Comunità consentono di ridurre il carico di lavoro improprio che grava oggi sui Pronto Soccorso e di ridurre le liste di attesa per prestazioni ambulatoriali.

2. L'EXPO del 2015

Essendo stato coinvolto nella sanità nell'**EXPO**, mi sono posto il problema delle quasi **500.000 persone** (visitatori + lavoratori) che ogni giorno entrano a Milano pur risiedendo altrove. Anche per queste persone ogni inconveniente di salute finisce al **Pronto Soccorso (PS)**. Il risultato è che il PS viene oberato da patologie improprie che tolgono spazio a quelle di urgenza-emergenza che competono al PS.

È la **Casa di Comunità (CdC)** la soluzione di questo problema.

3. Le difficoltà finanziarie dell'odierno Servizio Sanitario Nazionale

Il sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale iniziato nel 2010 e tutt'ora in atto, complicato dall'epidemia di Covid-19 del 2020-22, ha molto cambiato le cose e in molti ambiti le ha peggiorate. Aggiungo che una programmazione inadeguata del Ministero della Salute e delle Regioni ci ha trovato senza un Piano pandemico adeguato e con un numero di medici e infermieri sempre più scarso.

Tutto ciò ha reso il **SSN** inadeguato, con liste di attesa eccessivamente lunghe, Pronto Soccorso oberati di lavoro, medici stressati e impegnati senza quartiere, spesso senza un supporto informatico efficiente e moderno. La mancanza di un pensiero moderno da parte del Governo, e quindi di provvedimenti efficaci adeguatamente finanziati per le **Casa della Comunità**, hanno fatto sì che si attivasse un fai da te regionale ispirato dalla politica e quindi da interessi che spesso non sono quelli dei pazienti e dei medici.

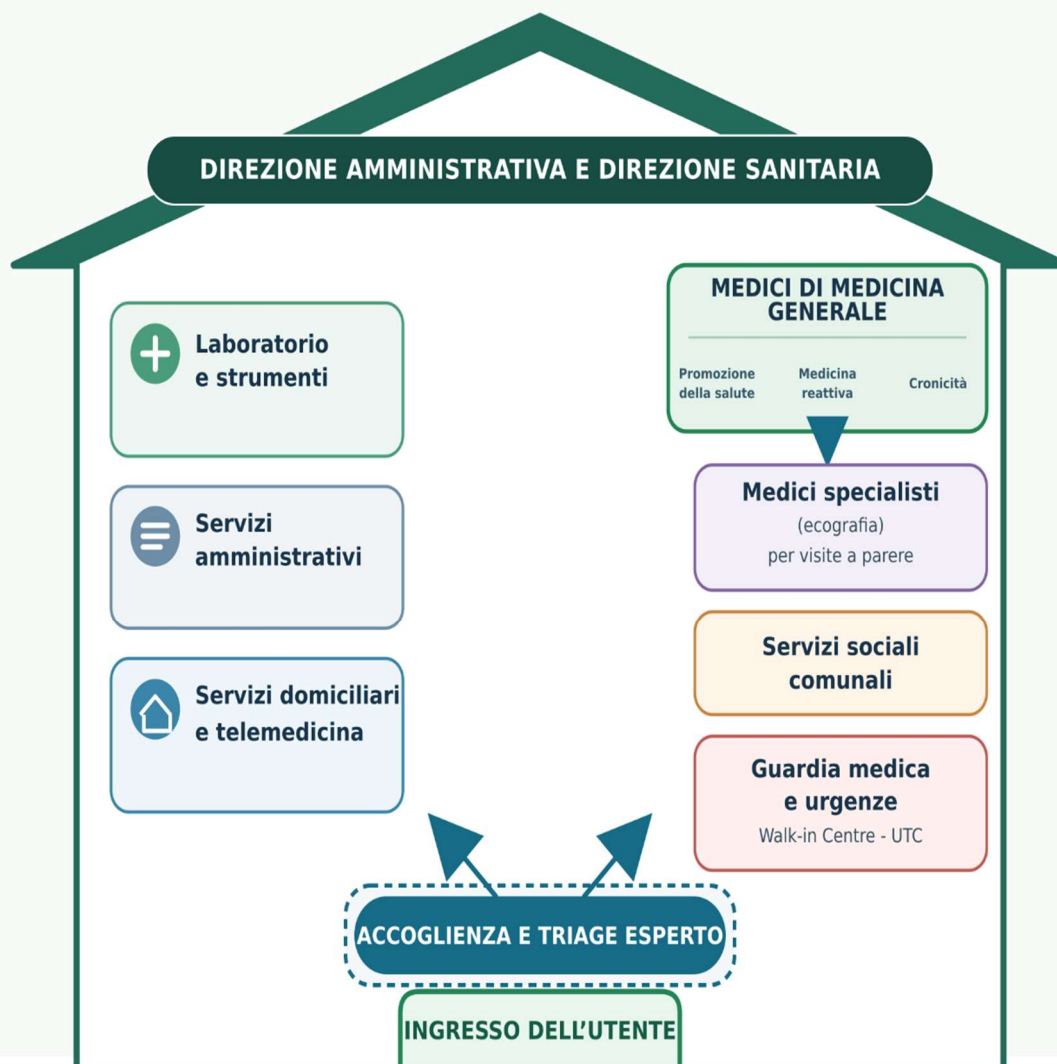
La **Fondazione Il Sangue** si è impegnata da anni e a proprie spese a studiare e proporre un limitato piano di intervento teso a migliorare l'organizzazione delle Case di Comunità in collaborazione con l'**ASST Sacco-FBF**, ma anche prevedendo altri tre interventi:

a) disegnare un modello efficace e attrattivo di **Casa di Comunità** teso anche a migliorare le liste d'attesa e il sovraffollamento dei PS (Allegato 1);

b) disegnare l'attività dei **MMG** nella Casa di Comunità secondo almeno tre linee di intervento (*vedi Allegato 2*);

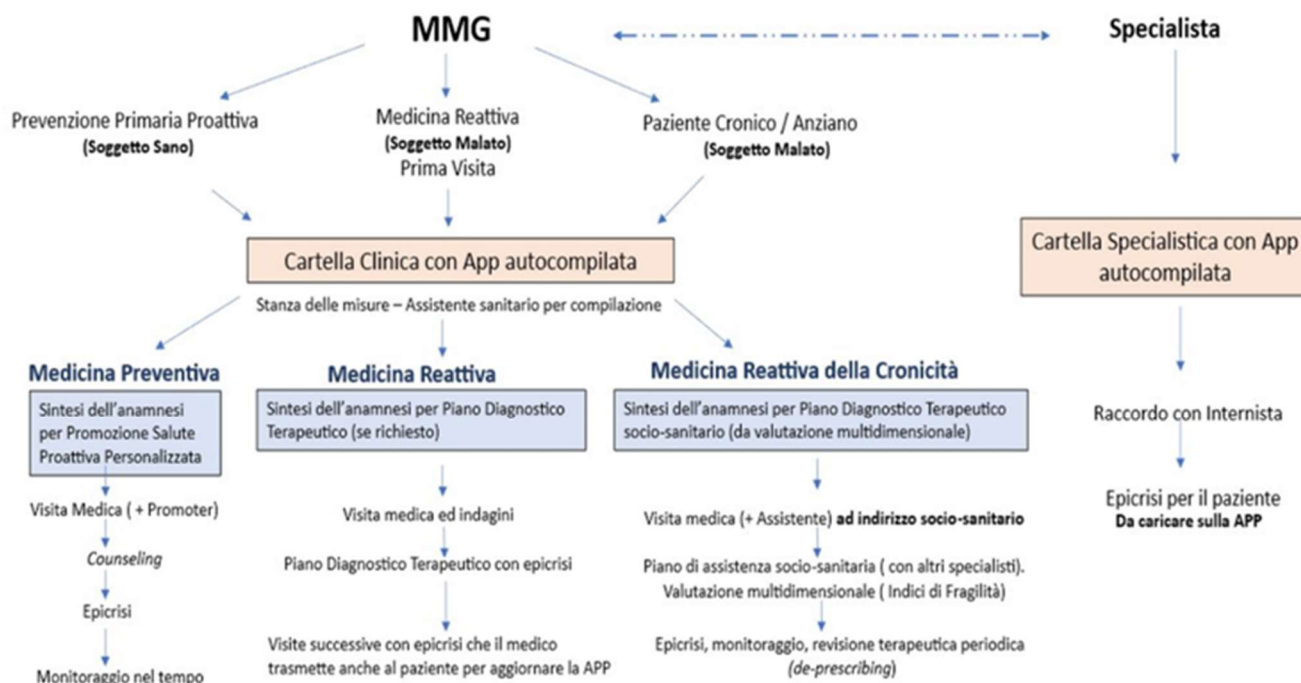
c) proporre che le Case e gli Ospedali di Comunità vengano integrate con altri servizi sociosanitari operanti nel territorio (Allegato 3).

SCHEMA CASA DI COMUNITÀ STANDARD



Allegato 2

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 contempra 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.