

Le case della salute non sembrano garantire la migliore assistenza territoriale

di Ettore Jorio

Il primo problema dell'assistenza sanitaria in Italia è rappresentato dall'ospedalocentrismo, ovunque consolidatosi, accentuato nelle regioni del centro-sud e in quelle insulari. Una tale *species* di protagonismo si è, infatti, via via insediata nel sistema salutare - a discapito dell'assistenza territoriale socio-sanitaria - sino a caratterizzarlo. Insomma, l'ospedale, in quanto espressione dell'omologo livello di assistenza fondato prevalentemente sul ricovero, è stato sempre al centro di tutto. Una ipotesi affermatasi, sul piano di una accettabile efficienza ed efficacia, in quanto positivamente collaborata in periferia dalle vecchie figure professionali di ieri (esempio, le condotte, sia mediche che ostetriche, e i medici delle mutue) e dalle sinergie assicurate dalla più recente rete territoriale dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, garanti della soddisfazione della domanda decentrata.

Esso ospedale è divenuto così il centro di tutti gli interessi pubblici e privati, che ha:

- assicurato la carriera dei medici;
- rappresentato la struttura da ostentare al proprio elettorato, sì da assicurare continuità elettiva;
- ispirato i fumetti - del tipo quelli attraverso i quali Walt Disney ha fatto colloquiare i suoi *cartoon* con le generazioni che si sono avvicinate per decenni - attraverso i quali si sono concretizzate le nostre aspirazioni di organizzazione dei servizi pubblici;
- costituito, infine, l'approdo fisico di tutti ove trovare la soluzione a tutti i propri malanni, in una logica premiante delle eccellenze che l'ospedalità italiana ha maturato egregiamente, fatte salve le anonimie scientifiche di cui il territorio è rimasto invaso e, in alcune realtà, lo è ancora.

La trasformazione, quindi, di un tale sistema in un altro che diffonda e garantisca la migliore assistenza, attraverso una efficiente rete territoriale, diventa una impresa quasi impossibile.

Troppe le difficoltà. Diversa la concezione dell'assistenza maturata nei cittadini e tra gli operatori salutari. Fondamentale la composizione orografica dei territori, la loro dislocazione geografica in rapporto alla densità abitativa, cui dovere fare necessariamente riferimento. Quasi sempre vittima di profonde asimmetrie il patrimonio infrastrutturale. Soprattutto quello riferito alle reti viarie e, quindi, al trasporto pubblico locale.

Elementi, questi, che hanno inciso sulla qualità della vita degli utenti del Servizio sanitario nazionale. Che hanno determinato il benessere in alcune regioni, il profondo disagio sociale in altre.

Proprio per questi motivi occorre stare molto attenti nell'individuare gli strumenti più funzionali per realizzare il cambiamento, nel senso di concretizzare la migliore sussidiarietà nella gestione dell'assistenza socio-sanitaria. Un obiettivo fondamentale, garante di numerosi principi costituzionali, che trovano la loro materializzazione nell'assicurare la salute ai cittadini, garantendo loro i livelli essenziali delle prestazioni il più vicino possibile al loro domicilio, tanto da rendere loro meno disagiata l'esistenza e non solo. Assume, infatti, rilievo anche l'obbligo di rendere loro anche più accettabile la morte, per il tramite delle più moderne terapie necessarie ad evitare il dolore fisico, ancora fin troppo frequente e insopportabile.

Il legislatore, invero, a partire dalla riforma del 1978, ha da sempre incentivato una radicale trasformazione in tal senso. L'individuazione del distretto sanitario (allora di base) ne è stato l'esempio. Il peso specifico, attribuito al medesimo dal d.lgs. 502/92 e successive modificazioni e, ovviamente, avvalorato dalle leggi regionali di dettaglio, ha rappresentato la conferma del progetto. Le più attuali idee in circolazione sembrano, invece, soddisfare l'obiettivo solo sulla carta, un po' meno sul piano delle realizzazioni concrete.

Vengono, infatti, invocate le case della salute per riordinare le cosiddette cure primarie. Più in alcune regioni che in altre, ove - di contro - stanno scrupolosamente rimettendo in discussione la loro esistenza, dopo gli entusiasmi iniziali che una siffatta iniziativa aveva determinato. Ciò in quanto si è presa in seria considerazione il significato della cura primaria in quanto tale, ma soprattutto della sua modalità erogativa, tenendo conto che essa necessita quotidianamente alle famiglie, prevalentemente agli anziani.

Conseguentemente, si stanno formando idee di pensiero che, seppure condividendo le aspirazioni che ne hanno suggerito a suo tempo l'individuazione, non apprezzano lo strumento metodologico delle case della salute, quanto a funzionamento reale nella soddisfazione degli interessi di salute primaria.

Riunire intorno ad una struttura fisica - peraltro non diffusa capillarmente così come la sua individuazione ideologica richiederebbe - i cosiddetti servizi di base, ivi compresi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, significherebbe, invero, fare tanti passi indietro rispetto all'attuale.

Invero, la loro traduzione in realtà, tanto da trasformare le attuali modalità assistenziali di base esercitate dai "medici di famiglia" presso i loro studi prossimi alle abitazioni degli assistiti, comporterebbe la centripetizzazione dell'assistenza territoriale in un unico sito fisico, tanto da concentrarla in un presidio fisso, anziché erogarla "all'aria aperta". Ovverosia nel luogo più prossimo a quello in cui il cittadino nasce, vive, lavora e muore. Insomma, nelle loro case, o quasi.

Così facendo, la soluzione riorganizzativa si trasformerebbe in elemento di ulteriore disagio.

Si pensi solamente a quello che sarà vissuto dalla popolazione anziana, oramai in incremento progressivo ovunque. Costretta - come sarebbe - a recarsi presso strutture distanti dal proprio domicilio, per la maggior parte di essa certamente più lontana dagli attuali studi dei medici di fiducia, siano essi di medicina generale piuttosto che di pediatria di "libera scelta". Professionisti, questi ultimi, spesso scelti dagli assistiti proprio perché operanti in un ambulatorio vicino alla propria casa e, quindi, anche in prossimità della farmacia fiduciaria, cui gli utenti del servizio sanitario nazionale sono soliti rivolgersi.

Si determinerebbe, dunque, una lesione della filiera assistenziale senza ben comprendere a tutela di quale interesse pubblico. L'unico individuabile - che è poi privato - sarebbe quello di alleviare i medici e i pediatri convenzionati dei costi riferiti alla disponibilità dell'immobile e delle collaborazioni segretariali. Senza contare la disparità di trattamento, che si verrebbe a determinare in tal senso, tra i medici impegnati nelle case della salute e quelli che rimarranno "al loro posto" (*rectius*, nei loro studi tradizionali).

L'opzione in atto parrebbe, peraltro, in aperta contraddizione con lo spirito delle leggi vigenti che pretendono l'uniformità nella erogazione delle prestazioni socio-sanitarie rese su tutto il territorio nazionale e, quindi, immaginiamo quanto lo debba essere in quello infra-regionale. Una prerogativa, questa, che sarebbe lesa dal naturale divario che verrebbe a crearsi nell'organizzazione assistenziale, oggi garantita nella sua attuale dimensione decentrata rispetto a quella accentrata nella casa della salute. Ma soprattutto tra quella assicurata nelle grandi città e quella della periferia, demograficamente insufficiente a rendersi destinataria delle nuove strutture. Senza contare l'insufficienza dei mezzi economici per disseminare il territorio di case della salute, che determinerebbe una pericolosa "assistenza" a macchia di leopardo, ove l'incompletezza e la disorganicità del sistema la farebbero da padrone.

Sul tema di come riorganizzare l'assistenza di prima istanza ci sono, altresì, posizioni sindacali contrapposte, in relazione soprattutto alla ormai prossima riscrittura dell'art. 8 del vigente d.lgs. 502/92, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta.

C'è, infatti, un disegno di legge, in avanzato stato procedimentale, che andrebbe ad istituire - al comma 1, lettera c) - le unità complesse di cure primarie (le cosiddette Uccp), quali "forme organizzative multiprofessionali", cui sarebbero destinate le sorti dell'assistenza di primissimo livello. Il tutto, da insediarsi nei rispettivi territori secondo i modelli realizzativi individuati dalle

singole regioni, a garanzia del coordinamento e dell'integrazione delle attività svolte dagli operatori sanitari e da quelli che si occupano del sociale.

Insomma, una bella gatta da pelare per le regioni, per gli operatori sanitari che dovranno rivedere le loro modalità organizzative, ma soprattutto per gli assistibili che verrebbero verosimilmente lesi nelle loro abitudini di vedere soddisfatta la domanda di salute.