

Unità territoriali, Case della salute eccetera: come e quando?

Giancarlo Biasini

Direttore di Quaderni acp

A Tabiano, nel febbraio scorso, si è ridiscusso il problema del rapporto fra pediatri di famiglia, UO di pediatria, e accessi al PS. La discussione è stata interessante e ha messo a fuoco tutti i problemi irrisolti che ci trasciniamo, invariati, da anni.

È ben vero che in una intervista a *Il sole 24 ore Sanità* del 20-26 febbraio scorso il Ministro della Salute ripete che le sta molto a cuore il ruolo della medicina generale, nella quale è compresa la pediatria che opera nei distretti; che deve avere una nuova configurazione giuridica; che deve essere più integrata nel sistema sanitario; che deve avere un ruolo di "direzione" (!) all'interno del SSN. Tre cose che la medicina generale oggi assolutamente non ha. Siamo certi che, quando afferma "medicina generale", Livia Turco vuole dire "cure primarie", intendendo con questo non solo medicina e pediatria, ma anche la parte di assistenza che a queste professionalità è legata e che si svolge nel distretto.

Successivamente il Ministro ha definito i punti che dovranno caratterizzare la "Casa della salute" (CdS): centralità del cittadino, riconoscibilità, accessibilità, unitarietà, integrazione ed efficacia tra gli elementi che queste strutture dovranno fare proprie. La CdS dovrà diventare "un punto di riferimento per i cittadini – afferma la Turco – tanto quanto lo sono gli ospedali della penisola".

La CdS è stata poi presentata a Roma, durante un incontro su questo tema, tenutosi il 22 marzo scorso, come il "secondo pilastro" del SSN, essendo il primo costituito dagli ospedali.

Tutto molto ragionevole e perfettamente accettabile ma la CdS, così come è stata presentata, tarderà certamente a venire. Infatti essa nasce per unire, in un unico centro, le strutture che di seguito riassumiamo.

1) *L'area del Cup, del segretariato sociale e del coordinamento con le farmacie.*

2) *L'area dei servizi sanitari:* prestazioni urgenti, prelievi, donazioni, ambulatorio di prime cure per le piccole urgenze, ambulatorio dei medici di medicina generale e dei pediatri (Unità di Cure Primarie); continuità assistenziale; ambulatorio infermieristico; attività specialistiche; tecnologie diagnostiche semplici.

3) *L'area dei servizi socio-sanitari:* Sert, salute mentale, centro diurno, riabilitazione, residenza sanitaria assistenziale, ADI, area della prevenzione, consultorio familiare.

4) *L'area dei servizi sociali.*

5) *L'area delle attività amministrative.*

6) *L'area delle tecnologie informatiche.*

Sì è quindi fatto un salto di qualità e quantità, visto che fino a gennaio le proposte in campo sono state le cosiddette UTAP, che assumono nomi diversi nelle varie realtà regionali.

Ma forse si è fatto anche un salto nel tempo di realizzazione, perché l'ambizione di volere riunire in un unico centro tutte queste attività (in parte delegate ai Comuni) comporterà problemi economici, tecnici e organizzativi di non facile soluzione. Il modello centralizzato presentato a Roma è (forse) possibile in ambienti territoriali a densità abitativa molto alta e con possibilità di accessi molto semplici e rapidi. Del resto gli assessori regionali hanno cominciato a fare molti distinguo; ognuno presenta alcuni esempi "preparatori" di altro genere. La Toscana, Regione dalla quale è partita l'idea della CdS, sembra che finora abbia messo in campo un solo esempio: il comune di Castiglion Fiorentino. Il Forum dei direttori generali di Federsanità suggerisce "flessibilità e capacità di adattamento".

C'è da temere che, in ambiziosa attesa del "secondo pilastro", le cose rimangano a lungo così come sono, in crisalide, ora limitate alle associazioni e alla medicina di gruppo che tutte le Regioni riconoscono come un "valore" ma che nulla hanno delle condizioni strutturali e funzionali di cui parla la Turco: non sono integrate nel sistema sanitario, continuano ad avere gli aspetti volontaristici che hanno sempre avuto e di loro manca, in realtà, una valutazione di efficacia rigorosa e complessiva. E tanto meno hanno quel ruolo di direzione all'interno del SSN di cui parla la Turco.

La SISAC, la struttura regionale che rappresenta la parte pubblica, ha svolto una indagine sulle forme organizzative, sulla disponibilità delle Regioni a mettere a disposizione delle nuove Unità (stiamo parlando delle UTAP) strutture, spazi, attrezzature: la grandissima parte delle Regioni tace. Sulla disponibilità a mettere a disposizione personale tacciono tutte. E si noti che queste forme organizzative furono decise dalla Conferenza Stato-Regioni del 2004.

Del resto, tornando ai pediatri, fino a che essi rimarranno dentro la convenzione del 1981 (un pediatra, un ambulatorio), le direzioni strategiche delle ASL non possono pensare che la famosa Clinical Governance, più declamata che attuata nei dipartimenti ospedalieri, possa passare nel distretto in un sistema organizzativo frantumato in persone cliniche singole o unite solo dai tradizionali collegamenti interpersonali, attuati nell'associazione o nel gruppo, sempre scollegati dalla programmazione dell'ASL. In questi ambiti può passare solo una versione un po' "volgare" della Clinical Governance, che tende non già all'approccio del risultato, alla continuità dei percorsi assistenziali disegnati da chi li sa fare perché li fa, ma solo a una fastidiosa minimizzazione dei costi per farmaci, specialistica ed esami. A livello distrettuale (sia che si tratti per ora di versioni pur diverse delle UTAP, o domani di CdS) si potrà ottenere la responsabilizzazione dei professionisti, aggiungendo a una migliore attività clinica il coinvolgimento gestionale diretto e non imposto in maniera burocratica dalle direzioni strategiche. E soprattutto tenendo conto che non si fanno le nozze con i fichi secchi: senza investimenti in strutture, personale, tecnologie non si potrà fare nessun secondo pilastro del SSN.

Anche il "Piano di miglioramento del sistema emergenza-urgenza", predisposto dal Ministero per la riorganizzazione del settore "dal territorio all'ospedale" e consegnato alle Regioni, non fa fare passi avanti al sistema: ripete la necessità di prolungamento di orario e di continuità assistenziale, tramite l'associazionismo per evitare ricoveri, ma non dà indicazione sul come farlo, le modalità per farlo, i finanziamenti per strutture, personale e altro. Per quanto riguarda la pediatria torna su cose già dette: 1) razionalizzare gli orari di visita; 2) dedicare più tempo ai malati cronici e all'adolescenza; 3) utilizzare l'infermiere pediatrico. Ma ancora senza soffermarsi sul "come". E viene sempre il dubbio che si conti soprattutto sulla "buona volontà" degli operatori sanitari.

Si terrà prossimamente a Bologna una prima Conferenza nazionale sulle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria. Speriamo in maggior luce.

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale