

## Editoriale

### **Intervenire subito: Assistenza sanitaria di base e Case della salute** *As soon as possible: primary health care and "health houses"*

Lamberto Briziarelli

È opinione oramai accertata che la Medicina di territorio in molte regioni abbia avuto un ruolo di grande rilevanza nella lotta contro la Covid 19, offrendo un contributo essenziale al contenimento del contagio e nell'alleggerimento del carico assistenziale sugli ospedali. Laddove invece era stata privilegiata la medicina di eccellenza, il suo indebolimento non aveva potuto offrire lo stesso contributo con il conseguente maggior danno sulla salute della popolazione.

Il nostro collega Tiziano Scarponi, nell'editoriale comparso sul precedente numero di questa testata, ha molto opportunamente e altrettanto chiaramente mostrato come i professionisti in prima linea, medici e altro personale sanitario, siano stati lasciati molto spesso da soli a condurre un'immane battaglia. Nella nostra regione i medici di base hanno assicurato il servizio domiciliare ai propri assistiti in quarantena, ai contagiati asintomatici o con sintomi lievi; così i nostri nosocomi hanno potuto operare con sufficienza alle richieste della patologia pandemica ma spesso a scapito di altre patologie, che sono ricadute ancora sui medici di famiglia. Oppure non sono state soddisfatte.

È altresì opinione comune che, nel quadro di un potenziamento irrinunciabile del Servizio Sanitario pubblico, si debba intervenire primariamente sulle strutture di base dello stesso, specialmente in presenza di una perdurante continuazione dell'epidemia ed anche di una sua possibile ripresa; rafforzando debitamente la prima linea, vera trincea di difesa sanitaria.

Il potenziamento dell'assistenza sanitaria di base, in attesa di attendere le tanto sospirate e dibattute risorse MES, non può essere basato su interventi settoriali ed episodici, ma deve essere realizzato con un'azione collettiva coordinata; basata sui principi fondamentali **della promozione della salute, sulla completa integrazione tra il sociale e la sanità,**

**sul lavoro intersettoriale** fra tutti i soggetti le cui azioni a livello territoriale agiscono sui determinanti di salute, ambientali, sociali e comportamentali. Tornando un po' indietro nel tempo e realizzando cose che erano già state ventilate in passato ed hanno avuto un avvio episodico e troppo flebile. Recuperando quella che era l'Assistenza Sanitaria di Base, prima del disgraziato decreto 517.

Un'operazione che risponde a queste necessità può essere senza dubbio che la realizzazione da subito delle Case della salute, in modo completo ed ottimale, più di quanto sia stato fatto sinora, con le sole esperienze in Umbria di Marsciano e Trevi. *Senza perdere un altro treno*, in attesa delle risorse messe a disposizione del Paese dalla Comunità Europea, si possono realizzare interventi di tipo strutturale ed organizzativo, utilizzando le risorse disponibili e potenziandole per quanto possibile, specie con l'aumento di quelle umane. Fra l'altro, assieme alle maggiori garanzie per la tutela della salute, consentirebbero di stimolare anche attività di maggiore penetrazione tra la popolazione, azioni di ripresa economica, nel campo edilizio ma non solo.

Richiamo brevemente di cosa stiamo parlando.

La **Casa della Salute**, potenziamento in Umbria dei Centri di salute esistenti, è uno strumento di riferimento operativo e di coordinamento, nel quale si realizza la massima integrazione socio- sanitaria per l'Assistenza sanitaria di base e la Medicina di territorio al servizio dell'intera popolazione.

In essa trova collocazione un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento, strettamente integrate fra loro, per la presa in carico del cittadino in tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione, nonché l'avvio di un processo virtuoso di responsabilizzazione per la salvaguardia dell'ambiente. Essa rappresenta un potenziamento delle aree elementari in cui è articolato il Distretto, una struttura polivalente e funzionale in grado di:

- a) erogare sul piano sanitario l'insieme delle cure primarie,
- b) garantire la continuità assistenziale,
- c) garantire le attività di prevenzione di questo livello,
- d) realizzare tutti gli interventi sociali correlati, oggi forniti dai comuni e da altri soggetti.

Un luogo di ricomposizione del sociale e del sanitario, in cui cooperano il personale del Centro di salute, i medici di base ed i pediatri di libera scelta (che potranno anche collocarvi il proprio studio, libero o associato), gli specialisti ambulatoriali, il personale dei servizi sociali e di altre attività rivolte ai cittadini, anche per particolari categorie di essi.

In termini organizzativi dovrebbero trovare collocazione, a titolo esemplificativo, le seguenti attività socio sanitarie, molte delle quali peraltro già oggi sono presenti nei nostri Centri di Salute:

- Area delle attività amministrative
- Area degli sportelli integrati

- Area delle prestazioni urgenti dei prelievi e delle donazioni
- Area della prevenzione, primaria e secondaria
- Area delle cure primarie
- Area delle cure specialistiche
- Area delle tecnologie diagnostiche
- Area delle attività riabilitative
- Area dei servizi sociali
- Area delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (ADI, Centro Diurno, RSA)

Sul piano operativo, nella Casa della Salute:

- viene realizzata la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e vengono attivate le procedure di teleconsulto e telemedicina;
- viene effettuata l'informazione dei cittadini sui dati relativi alla loro salute ed all'ambiente in cui vivono e lavorano;
- vengono effettuate le pratiche di prevenzione, di cura e riabilitative individuali e collettive, comprese informazione ed educazione sanitaria;
- vengono effettuati gli accertamenti diagnostico - strumentali di base;
- vengono applicate le linee guida condivise attraverso l'elaborazione da parte degli operatori presenti di percorsi terapeutici sulle principali patologie;
- è attivato lo sportello unico per tutte le attività sociali ed assistenziali ed è realizzata la presa in carico del paziente con la delineazione del percorso di cura individualizzato superando la precedente frammentarietà negli interventi;
- si colloca opportunamente lo snodo del rapporto organico tra medicina di territorio e medicina di ospedaliera.

La realizzazione di queste strutture rappresenta un'opportunità unica, la cui soluzione non richiede grandi risorse, potendo sfruttare strutture esistenti come le sedi degli ospedali dismessi, Marsciano, Todi, nella zona del Lago, a Città di Castello, Narni, Amelia, Orvieto o in altri edifici recuperabili nell'immenso patrimonio demaniale o degli enti locali. La loro organizzazione interna sarà decisa secondo le diverse realtà territoriali.

Le difficoltà sono solo di carattere politico e amministrativo, mettendo in sinergia le Aziende sanitarie ed i Comuni in primo luogo, collegandoli poi con altri soggetti attivi sul territorio e altre istituzioni correlate. Gli indirizzi operativi erano stati già da tempo individuati nei Piani di zona o nei Patti per l'ambiente e la salute, proposti e realizzati in diverse zone dell'Umbria. Si può anche prendere esempio fuori regione, in aree confinanti della Toscana.

Facciamo vedere quanto siamo capaci di fare, diamoci una mossa.