

Verbale riunione task force sulla casa della salute del 4 luglio 2014

Obiettivo incontro:

La task force sulla casa della salute creata per [predisporre una linea guida](#) molto dettagliata per la “nostra” casa della salute come tavolo sanità regionale Lazio del M5S. Questa riunione è operativa per predisporre i punti chiave da inserire nella casa della salute.

Partecipanti: Maureen J, Mario Michele D'O, Eva R (attivista della Toscana), Antonello C, Giuseppina G, Cristiana F, Franco Z, Carmine D, Monica M.

I punti di sintesi che abbiamo trattato sono:

1) Ruolo della prevenzione nella casa della salute in particolare: alimentazione, promozione dell'attività fisica e vaccinazioni; L'assistenza sanitaria dovrebbe partire dalla scuola, con l'educazione alimentare e l'attività fisica, affinché si abbia sempre meno l'esigenza di ricorrere alle cure mediche (da erogare, come già proposto, il più possibile al domicilio del paziente).

- 1a- si potrebbe cogliere l'occasione per stimolare l'integrazione della formazione del personale sanitario, introducendo nell'insegnamento sia materie come le discipline legate all'alimentazione (riferimento al principio ippocratico del cibo come medicina) e all'igiene per una sanità fortemente orientata alla prevenzione, sia la formazione sul rapporto medico-paziente, il quale dovrebbe essere mirato a mettere in piedi quell'alleanza terapeutica che raramente siamo abituati a vedere nei rapporti con il personale sanitario e che, invece, è fonte di buona sanità e riduzione di costi (una visita approfondita permette di risparmiare sugli esami diagnostici, ad esempio). Un medico che si limita alla formazione istituzionale non sa come si mangia e come si deve mangiare. Tenuto conto che siamo ciò che abbiamo mangiato, la carenza di un piano di studi di una facoltà di medicina (se si nota quanta formazione riceve un medico a proposito dell'alimentazione e della comunicazione: zero) sembra piuttosto grave. Ed è altrettanto grave che un professionista che fa della relazione interpersonale la sua professione, non riceva nessuna formazione in merito. Si suggerisce di visionare lo studio sul Sistema Sanitario di Cuba (<https://drive.google...>) in cui sono analizzati i tre livelli delle prestazioni sanitarie. In questo documento si può anche leggere come il punto forte del sistema sanitario di quel Paese è nella prevenzione e nella formazione del personale (non potendosi permettere strumenti diagnostici sofisticati). D'altronde, ogni buon medico dovrebbe sapere che una buona e approfondita visita permette di arrivare ad una diagnosi certa nell'80% dei casi e che il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso.

2) Il modello casa della salute come modello ad intensità di cura: particolarmente critico perché comporta un aumento della privatizzazione del sistema sanitario territoriale, in quanto all'interno della casa della salute lavoreranno liberi professionisti (MMG e specialisti non convenzionati) e non dipendenti pubblici. Inoltre negli ospedali ad alta intensità di cura in strutture monoblocchi (su esempio della Toscana) confluiranno i pazienti senza rispettare la distinzione di sesso e della diversa tipologia della malattia o intervento e dopo 4-5 giorni i pazienti vengono dimessi al territorio senza alcuna protezione e cura letteralmente abbandonati. Si suggerisce di tornare alla legge n. 833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

3) Bacino di utenza delle case della salute di 5-10.000 residenti nell'ambito delle aree elementari del distretto è assente nel decreto di Zingaretti. Inoltre manca il riferimento ai criteri logistici: distanze dei cittadini dalla sede e tempi per raggiungerla, viabilità, presenza di mezzi pubblici ecc. Nell'ipotesi che le case della salute sul territorio sono dislocate a distanze consistenti e nell'ipotesi che gli MMG confluiranno tutti nella casa della salute si rischia l'abbandono delle persone più deboli sul territorio quindi bisogna garantire visita a domicilio da parte degli MMG o degli specialisti per anziani e pazienti malati obbligatoriamente in caso di impedimento grave dei pazienti a recarsi fisicamente presso la casa della salute. A prescindere dal successo dell'attuale assistenza domiciliare integrata, alle case della salute potrebbe essere dato forte orientamento all'assistenza domiciliare, con conseguente assunzione di una forma snella che si tradurrebbe in risparmio sulla gestione del paziente da parte del SSN.

4) Poliambulatori o case della salute? Si suggerisce di rendere gli attuali distretti sanitari più efficienti magari trasformandoli in poliambulatori con assistenza di primo e secondo livello piuttosto che creare la casa

della salute.

5) **Il ruolo dell'intramoenia** nella casa della salute.

6) **Ruolo delle Cooperative** nella casa della salute si deve superare il sistema delle cooperative e favorire i servizi internalizzati. Visto che si sta impiantando una nuova istituzione, potrebbe essere colta la palla al balzo per eliminare (internalizzando) il sistema caporalato-cooperativistico.

7) **EDIFICI E STRUTTURE** Si devono favorire strutture già esistenti dismesse piuttosto che prevedere la costruzione di edifici nuovi per la casa della salute.

8) **Sarebbe ottimale allocare all'interno del Polo Ospedaliero le case della salute.** In questo modo il personale del Pronto soccorso sarà in grado di convogliare i pazienti verso un nuovo tipo di cure. Il paziente che sta male è portato automaticamente a dirigersi verso le strutture che gli danno più sicurezza per cui si dirigerebbero sempre verso il più vicino Pronto Soccorso! Le case della salute che hanno avuto più successo funzionale sono quelle all'interno dei Poli Ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso.

9) **Riabilitazione nella casa della salute.** Se la base di partenza per l'istituzione delle case della salute è il decreto del commissario ad acta 40/14, la riabilitazione, in quel documento, risulta trascurata, infatti "nella casa della salute operano medici [...], psicologi, infermieri oltre ad operatori dedicati alle attività di accoglienza [...]". L'unico accenno alla riabilitazione si trova quando si parla dei "moduli aggiuntivi" che comprenderebbero le attività fisiche adattate (v.). Occorre tener presente che, laddove manca la riabilitazione, il paziente è destinato ad un inevitabile ritardo nello svezzamento dalle cure, con conseguente incremento di costi sanitari.

10) **Consulenze nella casa della salute.** Vale la pena porre particolare attenzione alla parte quarta del documento del commissario ad acta 40/14 (rapporti con le strutture di ricovero pubbliche e private di riferimento), dove dice che "possono essere attivate consulenze a cura di specialisti provenienti da altre articolazioni aziendali [...] per specifiche necessità" senza specificare la natura pubblica o privata delle "altre articolazioni aziendali" mentre, nel periodo precedente, si parla invece di strutture pubbliche e private, senza farsi il minimo scrupolo. Sembra una porta spalancata per accedere ad un redditizio "consulenzificio" presso cui sistemare amici e nemici (vedi pagina 16 dell'intero documento e pagina 8 del percorso attuativo delle case della salute - dca 428/2013).