

DISCUSSIONE REGISTRATA SU CASE DELLA SALUTE

Il testo di seguito riporta le note appuntate (in forma di registrazione) durante gli incontri sul tema Case della salute a cui hanno partecipato cittadini, amministratori, medici di medicina generale, dipendenti Asl Vco, Ciss e operatori dell'informazione.

Un giornalista è stato individuato come coordinatore dell'incontro e si inizia dando la parola ad un cittadino.

Primo cittadino – Sentiamo parlare di Casa della Salute ma non ho ancora capito di cosa si tratta. Mi potete spigare in parole semplici cosa sono?

Primo dipendente – E' vero, ne parliamo da molto tempo, sicuramente da più di un anno. Ne abbiamo parlato sia nelle nostre sedi interne sia con gli Amministratori (Rappresentanza, Comitati dei Sindaci di Distretto) sia con la Conferenza di Partecipazione in cui confluiscono n. 72 Associazioni presenti nel nostro territorio e sia con i rappresentanti dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale (guardia medica).

La Casa della salute rappresenta l'evoluzione dell'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale per cercare di rispondere con maggiore attenzione e quindi ottenere migliori risultati nell'assistenza ai cittadini.

I problemi di oggi sono profondamente cambiati: ieri la cura e l'assistenza erano prevalentemente indirizzati verso le malattie acute, oggi le malattie croniche rappresentano la condizione di una larga fetta della popolazione non solo anziana ma anche adulti e anche bambini.

Secondo cittadino – Scusi se interrompo, ma le cure non sono le stesse? Malati acuti e cronici hanno sempre bisogni di esami, farmaci, etc.

Primo dipendente – Le malattie acute rappresentano un episodio che può essere superato con le dovute cure e la persona può riprendere il suo stato precedente. Alcuni esempi: influenza, una frattura, una bronchite, etc. sono malattie dalle quali si può guarire.

Le malattie croniche rappresentano, invece, una condizione costante che tende a peggiorare nel tempo se non vengono correttamente seguite e curate. Se ad una persona viene diagnosticata l'ipertensione o il diabete di tali malattie non si guarisce ma è indispensabile intervenire all'inizio della malattia e quindi bisogna scoprire quelli che hanno queste malattie ma non lo sanno. La malattia cronica può essere controllata sia con i comportamenti (stili di vita) sia con una corretta terapia però non tutte le persone con queste malattie si curano adeguatamente con i propri comportamenti o con le terapie e quindi rischiano complicanze più o meno gravi. E' indispensabile, se vogliamo evitare le più gravi conseguenze, che i malati cronici vengano seguiti costantemente nel tempo con i dovuti controlli.

Bisogna ancora dire che alcune volte una malattia acuta può essere il segnale di una malattia cronica: ad esempio l'ictus e l'infarto a volte rappresentano le prime manifestazione dell'ipertensione.

Secondo cittadino – Ho capito, grazie.

Primo amministratore – Quindi la Casa della salute ha come punto centrale l'assistenza verso le condizioni di cronicità?

Primo dipendente – Proprio così: l'assistenza a lungo termine a casa propria.

Secondo amministratore – Quali sono le difficoltà per organizzare le cure ai malati cronici?

Primo mmg – Oggi i problemi che pone l'organizzazione dell'assistenza delle malattie croniche non sono risolvibili da un unico professionista. Ormai siamo tutti convinti che il medico di medicina generale che rappresenta il primo contatto con le persone non può da solo affrontare i diversi aspetti che pone la

condizione di cronicità. Il mio collega prima ha fatto cenno ai molti cittadini che non si curano correttamente: è impensabile che il medico da solo contatti tutti i malati cronici per verificare ad esempio se prendono correttamente i farmaci, allora ci deve essere il supporto altri professionisti come l'infermiere, che può svolgere una rilevante funzione sia per l'educazione ai corretti comportamenti delle nostre abitudini sia per la quotidiana gestione della malattia cronica.

Non tutti i malati cronici sono uguali: ci sono quelli con una condizione semplice e quelli con una condizione di maggiore complessità determinata ad esempio dalla risposta alla terapia farmacologica che può essere diversa da paziente a paziente.

Giornalista – Scusate una domanda impertinente, ma chi comanda nel gruppo dei professionisti?

Primo dipendente – Le decisioni sui percorsi di diagnosi e cura delle persone non possono che essere in mano al medico di fiducia della persona. Gli altri operatori (infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, etc.) partecipano con la propria specifica professionalità a sostenere e a contribuire a realizzare in modo unitario tutto ciò che serve a garantire il migliore intervento possibile per quella persona in cura.

Secondo mmg – Aggiungerei che in un gruppo che lavora con un medesimo obiettivo assistenziale è anche necessario che ci sia qualcuno che coordini i diversi interventi e questo non può che essere il medico di medicina generale ma aggiungo anche che la funzione di coordinamento non toglie nulla all'autonomia e alla responsabilità di ogni professionista.

Secondo dipendente – Concordo ma aggiungo che il ruolo del medico di medicina generale risulterà più chiaro e preciso se le regole generali di relazione saranno definite in modo sufficientemente chiaro tra Asl Vco e le Rappresentanze dei medici di medicina generale.

Primo cittadino – Ma gli specialisti c'entrano?

Secondo dipendente – Certo ed hanno un importante ruolo in particolare nei malati cronici più complessi dove i problemi assistenziali sono più gravi. Il medico di medicina generale, l'infermiere, lo specialista e gli altri professionisti devono tra di loro concordare le modalità di azione e per fare questo è necessario costruire gruppi di professionisti che condividano gli interventi da fare. Non deve succedere che al cittadino un professionista dica una cosa e un altro professionista dello stesso gruppo dica una cosa diversa, magari opposta: avere questo comportamento è il preludio alla sconfitta e ad una cattiva assistenza alla persona.

Terzo amministratore – E' difficile mettere insieme i professionisti?

Secondo dipendente – Lavorare insieme ad altri professionisti quando si è abituati a lavorare individualmente è oggettivamente difficoltoso. Se lavoro da solo devo rispondere a me stesso, se lavoro con altri le esperienze, le competenze, i valori nelle relazioni sono oggetto di confronto e discussione e questo è faticoso ma è l'unica strada se vogliamo affrontare correttamente le malattie croniche.

Primo mmg – I medici di medicina generale è da decenni che stanno lavorando per superare l'individualismo nel quale ancora oggi molti si trovano ad operare quotidianamente. Sono stati fatti sicuramente molti passi in avanti attraverso le discussioni comuni sulle necessità dei pazienti, sulle scelte diagnostiche e terapeutiche, sugli obiettivi da perseguire ed anche attraverso corsi di formazione che hanno, alcune volte, messo a confronto i professionisti. Pur avendo già fatto molto, ancora molto ci resta da fare.

Primo amministratore – I servizi sociali c'entrano?

Operatore Ciss – Sicuro. Il contatto con i malati cronici è presente in modo così diffuso che anche i servizi socio-assistenziali ne vengono a contatto e la loro osservazione e intervento può essere rilevante nel sostenere ed indirizzare verso comportamenti salutari o segnalare ai servizi sanitari condizioni di particolare

complessità. Le nostre cattive abitudini alimentari, la sedentarietà, l'abuso del fumo e dell'alcool rappresentano gli aspetti sia preventivi ma sia elementi su cui intervenire nella gestione della malattia cronica. Un altro elemento: la condizione sociale quale solitudine, la vedovanza, le insufficienti relazioni nella Comunità rappresentano fattori che contribuiscono a rendere più difficile la gestione della malattia cronica e quindi le possibili gravi complicazioni trovano maggiore possibilità ad insorgere.

Se non c'è una stretta correlazione e integrazione perdiamo capacità di intervento e quindi tutti perdiamo la possibilità di contribuire a migliorare le condizioni delle persone, in particolare di quelli che stanno peggio.

Primo amministratore – Ma sinora cosa si è fatto? Si è soltanto discusso?

Primo dipendente – No, non si è soltanto discusso ma si sono fatte alcune cose che sono il presupposto per poter strutturare l'organizzazione territoriale. L'attività domiciliare è aumentata; stiamo assistendo circa 80 persone in più rispetto al recente passato. Abbiamo sviluppato gli interventi domiciliari anche da un punto di vista tecnologico, organizzando gli elettrocardiogrammi al domicilio e la radiologia al domicilio per specifiche e particolari condizioni. In questo modo abbiamo aiutato le persone che hanno grande difficoltà a muoversi per una prestazione che si può fare al domicilio in sicurezza. Abbiamo ridefinito con i medici di medicina generale e con i sindaci il territorio dell'Asl Vco in zone dove si potranno organizzare in gruppo i medici di medicina generale.

Nelle strutture residenziali abbiamo aumentato gli ingressi a più di 100 persone che non potevano essere assistite al domicilio e in più sono stati aumentati di 55 i posti letto nelle RSA per le persone che vengono dimesse dall'Ospedale ma che non possono ancora essere assistite al domicilio.

Queste sono alcune delle cose fatte che vanno nella direzione di sviluppare la medicina del territorio.

Terzo dipendente – Aggiungo il progetto sperimentale "Consenso". Sono stati individuati i Comuni più distanti dalle sedi più centrali (Omegna, Verbania e Domodossola) e vengono contattati tutti i residenti di età superiore a 65 anni per verificare non solo le attuali condizioni ricercando ed intervenendo su eventuali necessità di intervento ma valutando anche i rischi che possono svilupparsi in futuro minando le capacità e le condizioni di autosufficienza.

Terzo amministratore – Veniamo alle Case della salute. Cosa si è fatto? Perché non vanno avanti?

Terzo dipendente – La Regione Piemonte con una serie di atti deliberativi ha programmato lo sviluppo delle Case della salute in tutta la Regione definendo un investimento di 8 milioni di euro annui per il triennio 2017-2019.

L'Asl Vco ha presentato quattro progetti per Omegna, Verbania, Cannobio, Crevoladossola. I progetti presentati sono stati approvati e finanziati con una cifra di 370 mila euro che rappresenta uno stimolo allo sviluppo e avvio delle Case della Salute.

Secondo amministratore – Come intendete utilizzare questo finanziamento?

Terzo dipendente – I quattro progetti presentati partono da condizioni completamente diverse ma lo sviluppo dei singoli progetti conduce alle medesime condizioni operative.

Omegna: sono presenti nella stessa sede dei servizi distrettuali un gruppo di medici di medicina generale che bisogna aumentare e contemporaneamente sviluppare alcuni servizi specialistici. Per fare questo si sono già stati avviati e sono in via di conclusione i lavori di ristrutturazione interna permettendo di disporre di nuovi spazi ambulatoriali per i medici di medicina generale, di alcuni servizi specialisti e di includere anche i medici di continuità assistenziale (guardia medica). La ristrutturazione permetterà di disporre in modo più efficiente anche degli spazi della palestra di riabilitazione.

Verbania: la sede più adeguata in cui strutturare sia l'attuale attività dei medici di medicina generale sia l'attività di iniziativa rivolta ai malati cronici è la sede del Distretto S. Anna. Attualmente non sono disponibili spazi ambulatoriali per inserire i medici di medicina generale. Il programma dell'Asl Vco è il seguente: trasferire l'attività dirigenziale del Dipartimento di Prevenzione presso la sede unica a Crusinallo mentre le attività a forte impatto di relazione con i cittadini rimarranno a Verbania. La possibilità del trasferimento è legata ad un accordo con l'Arpa per utilizzare di spazi aggiuntivi a Crusinallo. Ci sono problemi di natura amministrativa di vecchia data che ostacolano la conclusione dell'accordo che tutti e due gli Enti, Asl Vco e Arpa intendono però definire al più presto.

Non potendo liberare gli spazi del Distretto di S. Anna per gli studi dei medici di medicina generale, è possibile però individuare 2/3 spazi ambulatoriali per organizzare il monitoraggio programmato dei malati cronici attraverso l'attività sia dei medici di medicina generale sia degli infermieri.

Questa non è una scelta al ribasso ma la scelta possibile ed attuabile nel breve periodo.

Secondo cittadino – Abbiamo sentito parlare e pubblicate sulla stampa locale anche di altre soluzioni: gli spazi sopra la farmacia, S. Rocco.

Primo dipendente – E' vero. Negli incontri avuti sono emerse anche le proposte che ha detto. Per quanto riguarda gli spazi sopra la farmacia comunale il parere della Direzione Generale è che siano poco opportuni per non indurre possibili e spiacevoli comportamenti opportunistici. Per quanto riguarda S. Rocco le autorizzazioni dell'utilizzo degli spazi sono vincolate alla funzione RSA e Hospice e quindi eventuali utilizzi diversi andrebbero a ridurre la disponibilità per la funzione residenziale.

Comunque se emergessero nuove opportunità, le prenderemo in considerazione.

Secondo cittadino – Ma gli spazi non utilizzati al San Rocco ci sono, cosa ne volete fare?

Primo dipendente – In particolare gli spazi legati all'Hospice sono attualmente organizzati sullo stile ospedaliero mentre le condizioni delle persone ricoverate necessitano di una strutturazione più vicina alla casa che all'ospedale: su questo ci assumiamo l'impegno di produrre una proposta di ristrutturazione degli spazi attualmente non utilizzati.

Giornalista – Continuiamo con gli altri progetti, a Crevoladossola?

Secondo dipendente – Abbiamo lavorato con l'Amministrazione di Crevoladossola che ha messo a disposizione parte di un edificio stipulando un comodato d'uso gratuito e su questa base abbiamo avviato una messa a regime degli impianti per poter, subito dopo, inserire i medici di medicina generale disponibili e alcuni servizi di supporto quali infermiere, amministrativo e riferimento servizi socio-assistenziali con l'aggiunta di attività specialistica connessa al monitoraggio delle patologie croniche sulle quali si interverrà.

Terzo cittadino – Così obbligate i cittadini a non avere più i loro ambulatori! Come fanno i cittadini che abitano nelle valli e sono distanti da Crevoladossola?

Secondo dipendente – Non è così! Per tutte le condizioni, non solo a Crevoladossola, ci siamo impegnati a non ridurre gli ambulatori dei piccoli paesi perché rappresentano un importante presidio sanitario che dovremo rendere maggiormente relazionato con gli altri medici e con i servizi territoriali attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche oggi disponibili per facilitare la vita e i percorsi dei cittadini aiutando anche i medici a svolgere la propria attività. I medici che hanno invece gli ambulatori in prossimità della Casa della salute e intendono partecipare a questa nuova esperienza se trasferiscono i loro ambulatori non creano difficoltà ai loro assistiti come è già stato dimostrato nelle esperienze di Omegna e Cannobio.

Giornalista – Il lavoro in gruppo dei medici non va contro il rapporto fiduciale tra medico e paziente?

Primo dipendente – L'organizzazione del lavoro prevede sempre il rapporto fiduciario che il cittadino esprime scegliendo il proprio medico e questo va garantito. La persona per i propri problemi avrà sempre come riferimento il medico che ha scelto. I medici lavorando insieme coordineranno l'orario dei loro ambulatori e in caso di insorgenza di qualche problema urgente, la persona avrà la possibilità di recarsi alla Casa della salute e troverà un medico del gruppo che potrà verificare la sua esigenza. Mi sembra un vantaggio per la persona.

Secondo mmg – Ribadisco che è assolutamente fondamentale che la distribuzione territoriale degli ambulatori e il rapporto fiduciario devono essere due punti che non possono essere messi in discussione.

Giornalista – Infine Cannobio. E' una esperienza storica. C'è da fare ancora qualcosa?

Secondo dipendente – Certo, come in tutte le cose la possibilità di migliorarci c'è sempre. Recentemente abbiamo sottoscritto un contratto con la Fondazione Comunità Attiva che regola i rapporti con l'Asl Vco. La presenza di un gruppo di medici che già opera in relazione tra loro e con i servizi aziendali è un dato di partenza indubbiamente importante che può favorire lo sviluppo di alcune ulteriori iniziative: scelta e monitoraggio di una o più malattie croniche; apertura ambulatoriale il sabato con inserimento del medico della continuità assistenziale, sviluppo e ampliamento della medicina specialistica. Naturalmente l'esperienza che si svilupperà potrà avviare ulteriori iniziative.

Giornalista – Bene, abbiamo finito e

Primo cittadino – Niente affatto! Io vorrei sapere ancora due cose: i medici si sono lamentati che non sono stati coinvolti. Cosa dite? E secondo: le Case della salute saranno solo queste o c'è la possibilità di farne di altre?

Giornalista – Giusto. Chi vuole rispondere?

Secondo mmg – Ci siamo lamentati e ci lamentiamo perché riteniamo che non ci sia stata una sufficiente discussione e rapporto tra Asl Vco e Rappresentanze dei mmg per giungere a concordare alcuni punti essenziali per procedere alla costruzione delle Case della Salute. Siamo consapevoli che stiamo agendo in un contesto in cui l'assenza di un riferimento contrattuale rende tutto molto più difficoltoso ma forse proprio per questo è necessario giungere al più presto ad un accordo con l'Asl Vco.

Secondo dipendente – Mi sembra che i numerosi incontri fatti a livelli diversi che si diceva all'inizio hanno certamente dato la possibilità di esprimere proprie valutazioni e pareri a tutti. E' vero che il lavoro che stiamo svolgendo in questa fase lo stiamo facendo senza una "copertura" contrattuale e che tutti ci auguriamo che le discussioni nazionali si concludano al più presto e, quindi, è indispensabile che le iniziative in corso devono trovare anche un punto di riferimento sindacale. I sindacati hanno presentato un documento che è un utilissima base di confronto che affronteremo a breve per permettere a tutti di essere certi delle regole operative.

Terzo dipendente – Su eventuali nuove Case della Salute. Il nostro territorio ha una connotazione così specifica da cui non possiamo prescindere. Ci sono amministrazioni e realtà diverse che hanno presentato le proprie specifiche necessità. Alcuni riferimenti.

In Val Vigizzo abbiamo fatto un incontro con gli Amministratori locali e i medici di medicina generale operanti nella zona che ha evidenziato la disponibilità della struttura presente a Santa Maria Maggiore ad essere un riferimento per la zona ma ad oggi un ritorno da parte dei medici di medicina generale non c'è ancora stato. Ci auguriamo che con i nuovi contratti sia possibile valutare quale organizzazione sia realizzabile per migliorare le risposte assistenziali e i servizi resi alle persone.

L'RSA di Premosello ha formalmente presentato una proposta di ristrutturazione di un'area che andremo a discutere prossimamente per verificarne la fattibilità.

A Bannio, notizie di stampa, gli Amministratori della zona hanno espresso la volontà di rendere disponibili locali della Comunità montana attualmente inutilizzati.

Ecco questi sono tre esempi che andremo a valutare congiuntamente con gli amministratori, i medici di medicina generale, i servizi aziendali, i medici specialisti su quali possibili e reali passi si possono realizzare.

Giornalista – Vi chiedo un ulteriore sforzo. Riusciamo a condividere i punti che ci possono indicare il percorso per la realizzazione di una Casa della Salute ben sapendo che si inizia da punti diversi ma che si deve giungere tutti allo stesso fine.

L'incontro si è concluso condividendo questi 9 punti.

1 – Il progetto di una Casa della Salute deve trovare la condivisione di Amministratori, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici specialisti, servizi aziendali e socio-assistenziale e deve essere portato all'attenzione delle persone residenti nei luoghi di riferimento.

2 – Per migliorare l'assistenza è necessario tener conto di quanto ognuno singolarmente conosce dei bisogni delle persone e ne fa fattore comune con tutti.

3 - L'organizzazione delle attività deve permettere di esaltare le capacità del gruppo e quindi sviluppare confronto, condivisione, assunzione di responsabilità.

4 – La struttura di riferimento deve permettere alla persona di avere chiari riferimenti operativi ed essere accogliente e rispettare la multiformità delle esigenze che vengono presentate.

5 – I progetti specifici devono indicare le tappe di sviluppo partendo dalla reale condizione che può essere diversa.

6 – I punti essenziali dei progetti sono:

- a) grado di coinvolgimento dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, medici specialisti;
- b) tipologia dei servizi di supporto sanitari, amministrativi e socio-assistenziali;
- c) definizione delle regole organizzative;
- d) identificazione campo di intervento sulle malattie croniche;
- e) definizione delle persone individuate alle quali proporre il monitoraggio;
- f) definizione delle necessità specifiche per l'intervento individuato:
 - competenze;
 - tecnologie;
 - organizzazione;
- g) definizione avvio e sviluppo temporale del monitoraggio;
- h) indicazione verifiche intermedie;
- i) valutazione conclusiva.

7 – Restituzione alla Comunità i risultati dell'esperienza maturata

8 – Revisione del progetto iniziale Casa della Salute

9 – Elaborazione di un nuovo progetto Casa della Salute.

Queste note registrate non hanno raccolto il molto che è stato discusso ed elaborato su tema della Casa della Salute; è probabile che molti hanno da chiederci approfondimenti o informazioni più dettagliate su alcuni aspetti che sono stati toccati solo marginalmente. Saremo grati a coloro che vorranno farci le loro osservazioni, critiche e domande alle quali cercheremo di dare risposta.

Grazie per l'attenzione.

17 novembre 2017