

Le Case della Salute, dalla teoria alla pratica. Due modelli regionali a confronto

Gianfranco Damiani^{*,**}, Giulia Silvestrini^{***}, Valentina Pettinicchio[°]

* Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia

** Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

*** Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica Ravenna, AUSL Romagna, Italia

° ASL Roma 2, Roma, Italia

Nei precedenti numeri di questa rubrica abbiamo ripercorso le origini e la storia dell'assistenza primaria e anche considerato l'importanza di intendere tale settore come un modello che oltrepassa l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie. Abbiamo infatti sottolineato il ruolo chiave di concetti quali l'equità dell'offerta, la centralità dei bisogni della popolazione, l'utilizzo delle tecnologie, il coinvolgimento dell'assistito e della comunità nei processi assistenziali, la creazione di reti intersettoriali che coinvolgano professionisti sanitari e non.

Successivamente, abbiamo posto l'attenzione sulla corretta decodifica della domanda dei singoli e delle comunità, sull'analisi preliminare a ogni programmazione, sul valore della raccolta dati e dei relativi sistemi per il monitoraggio.

È evidente, dunque, che la realizzazione della *Primary Health Care* non trovi compimento in strutture semplici, atte a garantire la presenza di professionisti e la disponibilità di appuntamenti e di prestazioni, ma necessiti di un'identità fisica riconoscibile, che dia corpo e "mura" alla rete dell'assistenza primaria.

La letteratura internazionale e, più di recente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato nei *Primary Care Centre* e, soprattutto, nei *Community Health Centre* i modelli di riferimento da utilizzare per offrire risposte ai bisogni di salute della comunità, in complementarietà con il lavoro delle strutture ospedaliere (1).

La discussione sulla riprogettazione dei servizi territoriali è sfociata anche in Italia nella scelta strategica di promuovere la Casa della Salute (CdS) come «struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione» (2).

Nel 2007, il Decreto del Ministero della Salute (“Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l’accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano”), attuando la Legge Finanziaria del 2006, prevedeva la possibilità di avviare la sperimentazione del modello “Case della Salute” (allegato A).

Nel documento allegato al Decreto, tale struttura veniva indicata come riferimento per l’erogazione dell’insieme delle cure primarie, sede della Medicina Generale, garanzia della continuità assistenziale, in rete con l’emergenza territoriale, ma anche destinato alla fruizione da parte della comunità locale per attività inerenti alla salute e al benessere, in grado di raccogliere istanze dei cittadini e organizzare risposte condivise.

Una simile strutturazione, che prevede la co-location di figure professionali e servizi territoriali, ma anche la promozione di relazioni fruttuose tra professionisti, contribuisce ad aumentare l’interazione, superare le barriere professionali e promuovere il lavoro congiunto (3).

La Casa della Salute si colloca in ambito distrettuale, prevedendo per essa un bacino di utenza di circa 5.000- 10.000 persone, in un’ottica di unificazione dei servizi che mantenga l’attenzione sulle peculiarità dei territori. L’impianto del modello va ricercato, infatti, nel proposito di semplificare l’accesso dei cittadini alle diverse emanazioni territoriali delle Aziende Sanitarie, di avvicinare tra loro i professionisti della salute e del sociale, di razionalizzare risorse economiche e umane.

In buona sostanza, il modello delle Case della Salute si propone di porsi a servizio di tutti coloro che, a vario livello e con diverso “peso” sul sistema, presentano un bisogno clinico, assistenziale, preventivo:

- l’assistito sano o apparentemente sano;
- il paziente “indifferenziato”, ovvero colui che manifesta per la prima volta una condizione per la quale non è ancora classificabile per disturbo o patologia;
- il paziente cronico o multi-cronico autosufficiente;
- il paziente non autosufficiente/complesso o fragile.

Sono questi i quattro target di assistiti cui l’Assistenza Primaria si rivolge e ai quali, come anche suggerito dal Piano Nazionale Cronicità, occorre fornire (e, all’occorrenza, chiedere) risposte differenti.

Dall’emanazione del Decreto del 2007 è ormai trascorso oltre un decennio. Le peculiarità dei contesti, unitamente al federalismo sanitario hanno fatto sì che le Regioni adottassero il modello in modi diversi, declinando con differenti modalità le Case della Salute descritta dal Ministero.

Esse, infatti, non dovevano rappresentare un semplice modello di riorganizzazione della medicina territoriale, ideato a tavolino su basi teoriche, in risposta a supposti bisogni della popolazione; dovevano essere un luogo di vicinanza tra l'offerta del sistema sanitario regionale e i cittadini, ma anche un laboratorio di valorizzazione delle diverse istanze ed esperienze che animano i territori.

Questo proposito ambizioso ha trovato realizzazioni diversificate nelle realtà regionali; ne citeremo e descriveremo due, a titolo di esempio.

La Regione Emilia Romagna ha investito nelle Case della Salute come strutture polifunzionali in cui collaborano professionalità diverse e si condividono percorsi assistenziali, per una presa in carico globale e coordinata della cronicità, così come da modello della *Chronic Care*. In uno spazio comune vengono messi in rete i servizi delle Cure Primarie con quelli della rete socio-sanitaria, necessari alla gestione della complessità. La Regione indica nell'infermiere il case manager, con il ruolo di facilitare l'aderenza degli assistiti ai percorsi assistenziali individuali (PAI) ratificati dall'équipe multidisciplinare preposta (4).

La Regione individua tre aree in cui articolare la distribuzione di servizi e spazi: Area Pubblica, Area Clinica (ambulatori, punto prelievi, centri riabilitativi, unità di raccolta sangue, Centro di Salute Mentale, Centro Diurno psichiatrico, day hospital e residenze sanitarie psichiatriche, SERT, Consultorio Familiare, servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Protesica, medicina legale), Area dello Staff.

Attualmente, in questo contesto regionale sono previste due tipologie di Case della Salute, a seconda delle caratteristiche del territorio e della popolazione: a bassa complessità assistenziale (*Spoke*) e a media/alta complessità assistenziale (*Hub*) (5). Il denominatore comune sono le équipe composte da medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, infermiere, assistente sociale, assistente ostetrico e medico specialista. Nei cosiddetti Hub è possibile realizzare anche strutture residenziali socio-sanitarie, rivolte a specifici gruppi di popolazione, e sanitarie, come *hospice* o ospedali di comunità. Questi ultimi, in particolare, rappresentano un "ponte" tra l'ospedale, i servizi territoriali e il domicilio, per accogliere tutti coloro che, pur non avendo la necessità di essere ricoverati in reparti specialistici, hanno bisogno di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Il documento regionale pone l'accento anche sui supporti tecnologici per gli aspetti di integrazione professionale e informativa che la Casa della Salute deve gestire, individuando due componenti; la prima è finalizzata al supporto dei processi gestionali di presa in carico, di cura e di assistenza (si citino, a titolo di esempio, i programmi di telemedicina per l'integrazione Ospeda-

le-territorio). La seconda deve alimentare un sistema di raccolta e monitoraggio degli indicatori utili per la valutazione.

Ad oggi, secondo quanto riportato dal portale regionale, in Emilia Romagna sono presenti e attive 103 Case della Salute (6). Oltre alla scelta della Regione di adottare pienamente questo modello, colpisce la dichiarata attenzione alla comunità, in particolare ai suoi membri più fragili e vulnerabili, nel rispetto dei principi di partecipazione e condivisione. La Casa della Salute si propone di operare in stretta relazione con la comunità di riferimento, mappandone i bisogni e studiandone il contesto per creare reti ed entrare in contatto con quella parte di popolazione poco o per nulla conosciuta ai servizi (7). La relazione con la comunità è ricercata anche qualora non siano presenti bisogni di assistenza specifici, stimolando l'empowerment di individui e comunità attraverso la realizzazione di iniziative di prevenzione e promozione della salute e del benessere. (7)

Diverso è il modello della regione Lazio, che ha accettato la sfida delle Case della Salute nel 2013, avviando il percorso per la realizzazione di tali strutture (8). Si tratta, dunque, di una sperimentazione più recente che deve fronteggiare la peculiarità del territorio laziale, caratterizzato dalla presenza della città di Roma, con la complessità che ne deriva, e dalla co-esistenza di contesti urbani e rurali che richiedono adeguate configurazioni strutturali e architettoniche.

Il portale della Regione riporta, ad oggi, 22 Case della Salute attive nel Lazio, 7 di queste nel territorio di Roma (9).

La normativa regionale prevede, in ciascuna struttura, la presenza di alcune funzionalità di base (percorsi assistenziali, assistenza primaria, attività specialistiche, ambulatorio infermieristico, diagnostica per immagini e punto prelievi). È possibile attivare dei moduli aggiuntivi, in relazione alla specificità dei singoli territori (area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica, centri per i disturbi cognitivi e le demenze, Sportelli anti violenza, servizi di Assistenza Domiciliare, prestazioni ambulatoriali complesse, attività fisica adattata, trattamento del dolore cronico, telemedicina, attività di prevenzione individuale).

I due modelli presentati mostrano peculiarità e differenze; quello emiliano-romagnolo tenta di comprendere le due vocazioni previste per le Case della Salute: esso è un luogo fisico di aggregazione di professionisti e di erogazione di servizi, ma manifesta anche una vocazione alla progettualità e all'utilizzo sempre maggiore delle tecnologie. Nella regione Lazio, l'orientamento all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è spiccato, così come la volontà di cogliere le occasioni di innovazione tecnologica in tal senso.

Dal canto nostro, auspichiamo un'apertura sempre più ampia ai cittadini per l'accoglimento e la condivisione di iniziative progettuali orientate all'*engagement* del singolo (paziente, *care-giver*, cittadino) e della comunità, avviando processi per coinvolgere gruppi di persone accomunate da uno o più interessi, per instaurare legami e stringere, nel tempo, relazioni durature tra gruppi di popolazione e servizi del territorio (10).

Bibliografia

1. World Health Organization – Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Geneva: WHO; 2013.
2. Ministero della Salute. Per un New Deal della Salute - Venti mesi al servizio dei cittadini. Roma, 31 marzo 2008.
3. Bonciani M, Barsanti S, Matarrese D. Esperienze di integrazione nell'assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute. MECOSAN. 23. 81-121. 10.3280/MESA2015-096005. 2016.
4. Regione Emilia Romagna. Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale. 8 febbraio 2010.
5. Regione Emilia Romagna. Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa. 5 dicembre 2016.
6. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/casedellasalute>
7. Odone A, Saccani E, Chiesa V, Brambilla A, Brianti E, Fabi M, Curcetti C, Donatini A, Balestrino A, Lombardi M, Rossi G, Saccenti E, Signorelli C. The implementation of a Community Health Centre-based primary care model in Italy. The experience of the Case della Salute in the Emilia-Romagna Region. Ann Ist Super Sanita. 2016;52(1):70-7.
8. Regione Lazio. Raccomandazioni per la stesura degli aziendali di cui al DCA n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della Salute. 2013.
9. <http://www.retesalutelazio.it/rete-salute-lazio/it/>
10. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Principles of Community Engagement. Atlanta, 1997.

Referente:

Prof. Gianfranco Damiani

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Largo F. Vito 1. 00168 Roma

gianfranco.damiani@unicatt.it