

CASA COMUNE PER LA NOSTRA SALUTE VICINO A CASA

Nelle ultime settimane anche nella nostra provincia si è sviluppato un acceso dibattito relativamente al ruolo dei Medici di medicina generale e le Case della Salute. Provo a contribuire con quattro riflessioni, spero utili, avendo ben presente che tutti gli interlocutori finora intervenuti hanno come obiettivo principale l'interesse dei cittadini e dei pazienti in particolare.

Prima riflessione: la domanda di salute proveniente dalla popolazione, non solo piacentina e non solo italiana, deriva da patologie croniche (Diabete, Ipertensione, Broncopneumopatia, Scompenso, Artrite, ecc) che richiedono un monitoraggio continuo e la presa in carico tempestiva ed efficace da parte del Sistema Sanitario Regionale. Queste purtroppo sono patologie da cui non si guarisce ma di cui ci si può e ci si deve prendere cura per evitare problemi ben peggiori.

Seconda Riflessione: la tipologia di paziente che esprime i bisogni di cui sopra è tipicamente un paziente anziano che richiede non solo prestazioni sanitarie ma anche, spesso, una componente di assistenza sociale che sia integrata e predilige che l'ambito di cura sia vicino a casa (o proprio a casa) e che chi eroga la prestazione sia un volto noto, familiare. Tre sono quindi le figure che riescono a soddisfare questo bisogno: il medico di famiglia (o meglio il Medico di Medicina Generale), il personale infermieristico e l'assistente sociale. Queste tre figure sono in grado di rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti cronici, tipicamente anziani.

Terza riflessione. Diversi lettori si staranno chiedendo: e il medico specialista? Il medico ospedaliero? Il medico ospedaliero è uno/a specialista che è in grado di intervenire, appunto, specificatamente su di un problema di salute nel momento acuto della patologia e opera in una struttura pensata per gestire questi problemi di salute: l'ospedale. L'ospedale non è pensato per gestire pazienti cronici, anche perché tra le altre cose i pazienti cronici hanno purtroppo più di una patologia (quanti nostri anziani sono diabetici ma anche ipertesi? E spesso con altre patologie come artriti, o BPCO?). E quindi? E quindi solo il medico di famiglia è in grado di avere una visione a 360° (olistica si dovrebbe dire) dei propri pazienti.

Per questo motivo la presa in carico, il farsi carico dei pazienti dovrebbe essere in capo al medico di medicina generale che deve agire secondo i criteri di appropriatezza e di efficacia per il bene dei suoi pazienti. Quindi che rapporti ci sono tra lo specialista e il MMG? Ci devono essere rapporti di frequente contatto, di condivisione e di consulenza, in modo tale che il MMG sappia che per un approfondimento, per la gestione di un momento acuto di una patologia può contare su un secondo livello assistenziale, rappresentato dallo specialista. Quarta riflessione. Se il paziente può, quindi, trovare risposta nei MMG, nelle infermiere, nelle assistenti sociali, qual è il luogo deputato per avere questa risposta, visto che poco sopra si è detto che la gestione dei pazienti cronici non deve avvenire in ospedale? La risposta è articolata ma interessante: servirebbe un ambiente in cui i MMG, ma anche tutte le professioni sanitarie, siano presenti; ma anche un servizio di diagnostica e anche qualche medico specialista (gli specialisti non sono solo in ospedale); ma anche il cup ed i servizi amministrativi; ma anche il punto prelievi ed il ritiro dei referti o dei farmaci. Ci serve una casa comune che si occupi della salute della nostra popolazione, che sia vicino a casa, che abbia anche per alcune ore i nostri MMG, quelli che conosciamo e vogliamo che ci seguano, in cui ci siano gli infermieri che assistono i nostri cari: allora questa sarà una vera casa della salute. Una casa di tutti i cittadini per garantire servizi di cure primarie e cure intermedie vicino a casa.

* associate professor of International management alla Cattolica di Piacenza