

Case di comunità: arrivano i fondi ed entrano i medici di famiglia

Le cure territoriali. Pronti 2 miliardi e in arrivo le misure che disegnano la Sanità al di fuori dell'ospedale I medici oltre le 20 ore a studio dovranno garantire anche 18 ore al di fuori di cui sei nelle nuove strutture



IMAGOECONOMICA La prima «Casa» a Milano. In via Rugabella 4, aperta 7 giorni su 7, 24 ore su 24 inaugurata la prima Casa di comunità delle oltre 200 previste in Lombardia con medici, infermieri e assistenti sociali

La nuova Sanità al di fuori dell'ospedale comincia a prendere forma. Oltre ad aver appena incassato i fondi - 2 miliardi previsti dal Pnrr - da spendere per costruire più di 1300 Case di comunità per curare gli italiani vicino casa, le Regioni hanno appena dato il via libera al primo passo verso una riforma “copernicana” per i medici di famiglia che dovranno uscire dai loro studi minimo 6 ore a settimana - ma potranno diventare 18 ore - per lavorare dentro queste nuove strutture, cuore delle cure sul territorio il cui idenitikit è ormai pronto. Nei prossimi giorni infatti il ministero della Salute invierà alle Regioni il documento con «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale» che servirà per scrivere nero su bianco l'atteso «Dm 71», il decreto ministeriale che disegnerà la Sanità “di prossimità”, quella che è mancata più di tutte in questa pandemia, soprattutto nella fasi drammatiche delle prime ondate.

Un documento che il ministero della Salute ha sbloccato proprio ora che si sta sistemando l'ultimo tassello che mancava e cioè quello dei medici di famiglia. Gli assessori alla Sanità riuniti la settimana scorsa nella commissione Salute delle Regioni

hanno infatti approvato la bozza di atto di indirizzo sulla medicina di famiglia che già questa settimana passerà al vaglio dei governatori. Una riforma voluta dal ministero che salva il rapporto di convenzione, quindi il legame fiduciario con il paziente dei medici di famiglia e fa sfumare così la “minaccia” del lavoro a dipendenza, molto caldeggiata dalle Regioni. Ma che li impegna a un orario di 38 ore settimanali, di cui 20 ore all'interno degli studi e 18 per attività sanitarie nel distretto: di queste come minimo 6 ore nelle case della comunità che poi, a seconda delle decisioni regionali, possono diventare anche tutte e 18. Con lo stipendio che al 70% sarà calcolato in base al numero degli assistiti e al 30% sarà invece deciso in base ai servizi svolti nel distretto con incentivi per quei medici che lavoreranno associando gli studi con altri colleghi. La percentuale “a risultato” dello stipendio viene vincolata al raggiungimento dei target e alla partecipazione ad attività – dalla promozione della salute ai programmi di telemedicina fino alla definizione dei Percorsi diagnostico-terapeutici e delle cure in assistenza domiciliare – che fino a oggi per un medico di famiglia erano tutt'altro che scontate.

Questa piccola rivoluzione il ministero pensa di renderla più vincolante con una norma di legge da introdurre appena possibile. Intanto, anche perché il calendario di attuazione del Pnrr incalza, il progetto prende forma, al netto delle enormi differenze tra i territori e delle carenze croniche di personale, a partire dagli infermieri di famiglia e di comunità (ne è previsto uno ogni 2-3mila abitanti). Modelli e standard nella bozza in arrivo alle Regioni in questi giorni vedono un distretto regista, come «articolazione organizzativo-funzionale della Asl sul territorio», ma a cui servirà il doppio “booster” dei finanziamenti e di una super formazione del personale. Il medico di medicina generale resta in ogni caso protagonista. Che lavori nel proprio studio (nelle aree territoriali meno facilmente gestibili attraverso una casa di comunità) o riunito nelle aggregazioni funzionali territoriali (Aft) o ancora che presti servizio nelle case di comunità, proprio sulla base del rapporto di fiducia con l'assistito il Mmg è il referente del “caso” quando in équipe (con l'infermiere, lo specialista, l'assistente sociale e altri professionisti) va definito il Progetto di salute necessario a programmare le cure in base ai bisogni socioassistenziali e a una “griglia” di stratificazione del rischio che associa il paziente a una serie di azioni di “presa in carico” sempre più articolate. Si va dai piani di autocura all'assistenza multiprofessionale per le persone con bisogni complessi, come gli anziani multicronici. La progettazione avverrà fisicamente nelle case di comunità (Cdc), nodo centrale sotto la direzione del distretto del programma di riordino del territorio, in cui troverà spazio anche la farmacia dei servizi. La rete delle cure sarà hub&spoke, con le Cdc principali (un hub ogni 40-50mila abitanti) collegate ad altre spoke e agli ambulatori di medici e di pediatri di famiglia. Nelle case di comunità hub - anche grazie alla telemedicina - ai cittadini sarà garantita la presenza delle équipe di medici

e infermieri ma anche programmi di medicina d'iniziativa e prevenzione, punti prelievo, screening, piccola diagnostica e visite con specialisti come il cardiologo e il diabetologo, fino al Cup e all'assistenza domiciliare di base. La Cdc coordina la rete di tutti i servizi al paziente attraverso una Centrale operativa territoriale (Cot), prevista sempre nel Pnrr, in quattro direzioni: la messa in rete dei professionisti, il raccordo con le Cdc spoke, il collegamento con gli altri setting sul territorio - inclusi assistenza domiciliare, ospedali di comunità, Rsa e hospice – e l'integrazione con l'ospedale. Confermate anche le Usca nate con la pandemia. Resta da definire tutto l'ambito – molto caldeggiato da Regioni come l'Emilia – dei servizi di salute mentale, del ruolo delle farmacie, della telemedicina e delle Rsa .

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Marzio Bartoloni

Barbara Gobbi